

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

652

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 23 juillet 1898, à 1 heure

Par SANCHEZ

Né à Bogota (Colombie) le 13 novembre 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES CALCULS DU CHOLÉDOQUE

DE LA CHOLÉDOCOTOMIE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : { MM. LE DENTU, professeur.
NÉLATON et THIERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° 652

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

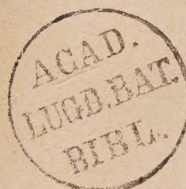
Présentée et soutenue le samedi 23 juillet 1898, à 1 heure

Par SANCHEZ

Né à Bogota (Colombie) le 13 novembre 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES CALCULS DU CHOLÉDOQUE

DE LA CHOLÉDOCOTOMIE



Président : M. BERGER, professeur.

Juges : { MM. LE DENTU, professeur.
NÉLATON et THIERY, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RÉTTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUÉ GÓMEZ

Professeur de clinique de pathologie interne à l'Université Nationale
de Colombie

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté.

Chirurgien de la Pitié

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

Contribution à l'étude clinique des calculs du cholédoque

DE LA CHOLÉDOCOTOMIE

INTRODUCTION

L'idée de cette thèse nous a été inspirée en partie par les leçons cliniques de nos maîtres, MM. les professeurs Berger, Dieulafoy et M. Rendu ; mais nous y étions surtout attiré par le souvenir des souffrances prolongées pendant de longues années d'une malade à qui nous étions attaché par le cœur et qui, atteinte d'une obstruction lithiasique du cholédoque, est morte malgré toutes les médications restées sans résultats ; c'est pour cela que nous avons voulu étudier cette complication de la lithiasie biliaire dans notre thèse : l'arrêt et l'enclavement des calculs dans le cholédoque et son traitement : la cholédocotomie.

Ce sujet a déjà été traité par des personnes dont la

compétence est incontestable tant en France qu'à l'étranger, pourtant, il nous a semblé intéressant d'insister particulièrement sur plusieurs points de cette question médico-chirurgicale, qui présente souvent de grosses difficultés. En premier lieu, il est certain que le diagnostic de cette affection est souvent très délicat, certains mêmes ont dit presque toujours impossible, sans la laparotomie exploratrice.

Or, celle-ci n'est pas toujours sans gravité, si un chirurgien aseptique peut sans danger ouvrir le ventre d'un malade qui n'a pas de lésions viscérales avancées, il n'en est pas de même chez un sujet souffrant depuis plusieurs mois d'une affection grave, qu'elle soit lithiasique ou surtout cancéreuse.

Nous nous sommes efforcé d'abord, d'établir la symptomatologie propre à l'obstruction calculeuse du cholédoque, puis, son diagnostic différentiel, nous arrêtant principalement sur des maladies le plus souvent confondues avec elle et insistant moins sur les affections beaucoup plus rares ou celles dont la différenciation est plus facile.

Nous avons cherché à montrer qu'il était possible de tracer un tableau clinique caractéristique de la lithias cholédoquienne, et, par conséquent, un diagnostic précoce est aussi sûr que pour la plupart d'autres maladies bien étudiées. Ce chapitre nous a paru très intéressant dans cette question qui est autant maintenant du domaine de la chirurgie que de la médecine.

Dans le pronostic de la cholédocotomie on a fait jouer jusqu'à présent à l'état fonctionnel du foie un rôle pré-

pondérant ; il est certainement d'une grosse importance, mais nous croyons qu'il en est de même pour le rein hépatique, c'est lui qui se trouve alors le seul appareil de dépuration de l'organisme, c'est à lui que nous devons nous adresser à l'avenir pour avoir la clef du pronostic de l'opération.

Quant à la technique opératoire elle n'a guère changé depuis l'excellente thèse de Jourdan ; il est un point pourtant, sur lequel l'avis des chirurgiens s'est transformé, nous croyons avec la plupart que la suture du cholédoque est chose parfois impossible, parfois nuisible et qu'il est préférable, pour des raisons que nous développerons, de drainer la cavité.

Nous nous faisons un devoir ici d'adresser nos premiers remerciements à nos anciens maîtres de la Faculté de Médecine de Bogotà, dont l'enseignement nous a guidé pendant toutes nos études médicales.

Nous avons toute reconnaissance à MM. les professeurs Berger, Guyon, Duplay, Dieulafoy et Pinard, dont nous avons suivi avec fruit les visites auprès des malades, et qui ont su nous faire profiter de leurs si intéressantes leçons cliniques.

En 1897, nous avons pu travailler avec profit à l'Institut Pasteur. Que nos maîtres Roux, Metchnikoff et Borrel veuillent bien recevoir toute notre gratitude pour leurs savantes leçons.

M. Rendu, avec son grand sens d'observation clinique, nous a appris, dans ses leçons du jeudi, à faire de la bonne séméiologie pour arriver ainsi à un bon diagnostic ; nous sommes son élève reconnaissant.

M. le professeur agrégé Lejars, dans ses leçons sur la clinique d'urgence, à Beaujon, nous a fait connaître tous les moyens pratiques pour parer aux accidents qui enlèvent les malades d'une mort imminente; qu'il nous permette de le remercier.

Nous garderons le meilleur souvenir de M. Castex, qui nous a appris les maladies du larynx, des fosses nasales et de l'oreille.

Enfin, que M. A. Claisse, interne des hôpitaux, nous permette de le remercier sincèrement pour les conseils qu'il nous a donnés et pour les documents qu'il a bien voulu nous traduire.

Nous pouvons assurer de notre gratitude la plus profonde M. le professeur Berger, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

4 juillet 1898.

HISTORIQUE

La taille du canal cholédoque, pour remédier à l'obstruction calculieuse, a été conçue en Allemagne par Langenbuch (1) et Parkes (2) en 1884 ; mais c'est à Kümmel (3), qui, peu de temps après, le 6 février de la même année, pratiqua la première cholédocotomie, associée à une cholécystectomie. Les Anglais suivirent l'exemple de Kümmel, et, en 1889, l'intervention fut reprise avec succès par Thornton et Heusemer. L'idée première, et la première opération de cholédocotomie nous viennent donc d'Allemagne ; nous verrons par la suite, que c'est encore dans ce pays et en Angleterre que cette opération reste la plus commune ; on sait, en effet, la fréquence de la lithiase biliaire dans la race anglo-saxonne que celle-ci soit dûe à une prédisposition particulière de ces peuples, soit plutôt que leur régime alimentaire puisse donner la clef de ces accidents ; la théorie infectieuse (surtout infec-

1. Langenbuch. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1884. n° 52, p. 828.

2. *American Journal of medical sciences*, juillet 1885, vol. XC, p. 95.

3. Kummel. *Deuts. medicin. Woch.*, 1890, n° 12, p. 237.

tion d'origine intestinale) tendent de plus en plus à être adoptée, il y aurait lieu de rechercher jusqu'à quel point l'alimentation spéciale de ces pays à un rôle dans la lithiase biliaire. Les accidents, dès lors presque habituels, qui en résultent, nous expliquent pourquoi cette intervention a été pratiquée d'abord en Allemagne et puis en Angleterre où des chirurgiens, comme Mayo-Robson, Kehr, peuvent réunir en dix ans 170 à 180 opérations personnelles sur les voies biliaires ; tout dernièrement Petersen (1), au dernier congrès Allemand de chirurgie, donna une statistique de 162 opérations pratiquées sur les voies biliaires à la clinique de Czerny.

En France, M. le professeur Terrier, par ses travaux et ceux de ses élèves, a contribué considérablement à la vulgarisation de cette intéressante chirurgie, jeune encore, mais dont les résultats sont de jour en jour plus encourageants, preuve de l'évolution chirurgicale contemporaine.

En effet, personne ne songeait, il y a une vingtaine d'années, que la thérapeutique des voies biliaires tomberait un jour dans le domaine de la chirurgie. Les progrès incessants, liés à la pratique de jour en jour plus méthodique de l'asepsie et réglée par les données bactériologiques, ont permis tout d'abord de s'attaquer au foie lui-même et à la vésicule biliaire, qui, par la situation superficielle s'offraient pour ainsi dire à l'action du chirurgien : ce n'est que plus tard que celui-ci se crut

1. XXVII^e. *Congrès allemand de médecine et de chirurgie*, 1898.

autorisé à intervenir sur les voies biliaires, proprement dites plus cachées, plus difficiles à atteindre.

Ces interventions furent rares les premières années.

Notre maître, M. le professeur Terrier, en 1891, dans son rapport très documenté et fort intéressant au sixième congrès français de chirurgie, fut le premier en France qui s'occupa des opérations sur les voies biliaires, et notamment de la cholédocotomie, dont il ne réunissait alors que treize cas opérés à l'étranger. Dans la même année, M. Hartmann publiait, dans le *Bulletin de la Société d'anatomie* de Paris, son travail sur l'anatomie et l'exploration du canal cholédoque.

Deux ans plus tard M. le professeur Terrier reprend de nouveau le même sujet dans la *Revue de chirurgie*, dans cet important mémoire il considérait un ensemble de dix-sept opérations de cholédocotomie. La même année il publiait à l'Académie de médecine la première observation de cholédocotomie en France, qui a été suivie d'ailleurs de guérison. Egalement, en 1894, Lepetit donnait la première thèse sur ce sujet; il y ajoutait une observation inédite de M. Quénu, sur laquelle nous reviendrons.

En 1895, dans une discussion à la Société de chirurgie, on rapportait un cas d'extirpation du calcul du cholédoque et posait les indications de cette opération: M. Michaux donnait deux observations. L'année suivante MM. Lejars, Gérard-Marchant, Ricard et Quénu reprenaient cette discussion et présentaient de nouveaux cas. Puis viennent la thèse de Jourdan rassemblant 72 cas,

l'article très étudié de M. Vautrin dans la *Revue de chirurgie*.

A l'Etranger les communications assez nombreuses sont à relever, (toujours en Allemagne et en Angleterre), en particulier nous signalons le livre tout récent de Mayo-Robson sur les maladies des voies biliaires ; enfin, les derniers travaux parus en France sont : les rapports des MM. Quénu et André Claisse sur la cholédocotomie sans sutures, travail basé sur 95 cas ; la *Revue générale de M. Lejars* : « *sur les indications de l'intervention chirurgicale dans les ictères chroniques* et l'étude d'ensemble de M. Galliard, sur l'*obstruction lithiasique du cholédoque*.

Tout dernièrement M. Quénu a communiqué à la Société de chirurgie, de nouveaux faits à l'appui de la cholédocotomie sans sutures ; et des intéressantes observations ont été rapportées par MM. Routier, Ricard, Lejars et Michaux, dont nous publions la plupart dans ce travail. M. Schwartz, dans la séance du 8 juin, a présenté à la Société de chirurgie le malade de l'observation n° 30.

CHAPITRE I

Diagnostic.

A cette heure où l'étude du diagnostic est délaissée et tend à être remplacée par l'opération à outrance, il est bon de réagir contre de tels événements, et nous serons heureux si ce livre a pu contribuer à ramener les débutants aux vieilles traditions de la clinique en leur enseignant comment ils devront procéder pour faire un diagnostic raisonné.

Simon Duplay, in préface du « manuel de diagnostic chirurgical ». 20 mars, 1895.

A l'heure actuelle où les interventions deviennent de plus en plus fréquentes sur les voies biliaires, il nous semble opportun de revenir sur l'étude du diagnostic de l'affection avec laquelle on confond le plus souvent l'obstruction lithiasique du cholédoque : nous voulons parler du *cancer de la tête du pancréas*.

Nous croyons pouvoir éliminer de ce diagnostic les affections aiguës, telles que, la *cholécystite*, l'*angiocholite suppurée* à cause de leurs caractères inflammatoires ; de même, nous ne parlerons pas de certaines affections médicales chroniques, telles que, la *cirrhose hypertrophique avec ictère chronique* ; sans doute, dans quelques cas

très rares on a pu commettre des erreurs de diagnostic, mais dans l'immense majorité des cas, on a différencié ces affections de celles qui nous occupent. Parmi les maladies chroniques qui peuvent simuler la symptomatologie de l'obstruction du canal du cholédoque, comme les *cancers des voies biliaires*, de *l'ampoule de Vater*, ou bien les *compressions* dues à un kyste hydatique du foie, sont assez rares. D'après la statistique donnée par Cruveilhier, *neuf fois* sur dix, c'est avec les tumeurs de la tête du pancréas qu'on a à faire le diagnostic, d'autant plus nécessaire qu'il s'agit d'une conduite à tenir qui est tout à fait opposée.

Si dans la lithiasé le malade tire un bénéfice immédiat et complet de l'intervention, au contraire, dans le cancer de la tête du pancréas, toute opération ne peut être que palliative ; bien plus, le plus souvent inutile ou même nuisible, car ces malades, très affaiblis, ne la supportent pas ; telle est aussi l'opinion de MM. Monod, Michaux : Ces malades résistent mal, même à une opération légère, et certains d'entre eux qui vont encore à peu près, tombent dès qu'on les touche ; il est incontestable qu'une opération, même légère, *hâte leur fin* (1).

M. Huchard (2), en parlant du traitement chirurgical, dit qu'il n'a pas d'action et que dans les trois cas de cancer de la tête du pancréas avec ictère, la cholécystomie pratiquée trois fois, par M. Terrier, n'a pas retardé la terminaison rapide.

1. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*. Séance du 8 mai 1895. *

2. *Bulletin médical*, 1895.

Ces interventions palliatives ont pour but d'empêcher le malade de s'intoxiquer par sa rétention biliaire ; mais l'observation nous apprend que l'organisme se défend par ses émonctoires restés sains, dans la plupart des cas, contre cette source d'intoxication chimique ; c'est bien le progrès inévitable de la néoplasie qui en finit bientôt avec le malade. Donc, nous croyons qu'il est préférable de ne pas toucher aux malades, que de risquer la mort immédiate.

L'observation d'un fait suivi à la clinique de notre maître M. Rendu, cette année, et opéré par M. Routier, ne nous fait qu'affirmer cette opinion. Il est donc indispensable, de faire un diagnostic exact, qui sera possible dans presque tous les cas.

Ceci dit, essayons, par une étude de sémiologie comparée, à différencier ces deux maladies si importantes au point de vue qui nous occupe et nous espérons arriver ainsi à leur donner une physionomie particulière.

A. — DESCRIPTION DU TABLEAU CLINIQUE.

Les sujets qui sont atteints d'une obstruction permanente, due à l'enclavement d'un calcul dans un point quelconque, du trajet du canal cholédoque d'après la compulsion de toutes les observations, où l'histoire clinique est assez complète et dont le diagnostic a été posé pendant la vie, de même que, d'après les obs. des malades que nous avons pu suivre, ont dépassé l'âge moyen de la

vie ; ce sont le plus souvent des femmes (90 0/0 des cas), ayant parfois des antécédents héréditaires ou personnels arthritiques. Elles ont présenté les dernières crises hépatiques, au grand complet ou quelquefois frustes, souvent à la suite d'une grossesse ou bien d'une fatigue, ou d'un écart de régime quelconque ; puis, les mêmes crises se sont répétées à des intervalles plus ou moins rapprochés pour devenir une maladie chronique, et, malgré toutes les médications bien ordonnées et bien suivies, chose très importante à remarquer, l'affection a continué sa marche vers sa terminaison fatale : la cachexie hépatique.

Tout d'abord, à l'examen clinique ce qui frappe le plus c'est la coloration ictérique ou bien subictérique des téguments et des muqueuses qui est accompagnée d'un état général des plus précaires : pertes des forces, amaigrissement assez prononcé, fièvre intermittente classique ou bien continue, des démangeaisons atroces qui empêchent le sommeil et qui rendent la vie insupportable.

Mais ce n'est pas tout ; à l'interrogatoire du malade on apprend qu'il a un goût amer dans la bouche, particulièrement le matin en se levant, l'appétit diminue avec dégoût pour certains aliments, comme la viande, les œufs, etc., la langue saburrale et enfin, il souffre de constipation opiniâtre.

A l'examen de l'abdomen, on constate que la région du foie est douloureuse spontanément et davantage à la palpation profonde, le foie est augmenté de volume tout en conservant sa forme lisse et normale, mais que, par contre, sous les fausses côtes droites et au niveau de la vésicule biliaire la palpation est sans résultat dans la grande

majorité des cas. La rate est parfois grosse mais non franchement hypertrophiée et scléreuse.

Les selles sont bientôt décolorées, comme du mastic ou des cendres, tantôt colorées par intermittences; les urines sont peu abondantes, très chargées, couleur acajou ou vert noirâtre, renfermant des pygmets biliaires en quantité ordinairement considérable, (il en est de même pour le sérum sanguin) elles contiennent souvent de l'urobiline, du pigment brun, exceptionnellement des traces d'albumine; nous verrons plus loin quelle est la signification clinique de ces derniers éléments pathologiques, l'urée y est généralement diminuée.

La neurasthénie est très souvent observée chez les malades atteints d'une obstruction permanente du cholédoque : d'une activité remarquable dans les affaires, si c'est un homme, ou dans le ménage si c'est une femme, ils deviennent inactifs, tristes, apathiques ; pour un rien ils se fâchent ou pour une contrariété quelconque, ils pleurent.

Dans ces conditions, l'amaigrissement se prononce de plus en plus, mais lentement, sans la rapidité extrême ni la cachexie frappante de certaine néoplasie de nature épithéliale du tube digestif. Un grand nombre des malades ont conservé, malgré leur obstruction cholédocienne, un bon aspect général et même longtemps avant l'intervention, et ceci explique la tolérance de l'organisme pour les ictères chroniques quine sont pas liés à une compression de nature néoplasique ; la tendance actuelle, dit M. Galliard, est de redouter pour l'intégrité du parenchyme hépatique, la bile stagnante non pas tant à cause

des poisons chimiques qu'elle renferme qu'à cause des microbes (spécialement des coli bacilles) qui y pullulent.

Nous la craignons comme *infectieuse* plutôt que comme *toxique*.

Toutefois, l'évolution de la maladie, abandonnée à elle-même, se fait vers la terminaison fatale : le processus sclérogène envahit de plus en plus le foie, la cirrhose athrophique atteint son maximum, des accidents infectieux s'ajoutent, la fièvre d'intermittente qu'elle était devient continue, le pouls monte alors à 100 pulsations et plus, le malade est pris de délire, d'hémorrhagie (Magnin) et ne tarde pas à succomber ; sauf le cas où une maladie intercurrente trouvant un terrain favorable, vient précipiter d'plus tôt le dénouement.

En général, la durée totale de la lithias cholédocienne est longue, car les vrais symptômes d'insuffisance hépatique n'apparaissent qu'entre la quatrième ou la sixième année. Les rémissions ou les acalmies durant plusieurs mois ne sont pas rares, à la condition que le canal commun conserve une perméabilité relative et que les reins fonctionnent bien ; alors, les crises douloureuses peuvent disparaître, la nutrition générale s'améliorer, les signes de l'ictère chronique se modifient ; mais, tant que le désenclavement du calcul traduit par son expulsion dans l'intestin n'aurait pas lieu, le danger pour le malade est toujours constant.

A côté de ces malades chez qui la mort survient par persistance de l'obstacle calculeux, il faut en signaler quelques-uns chez lesquels après une obstruction de longue durée les voies biliaires ont recouvré leur perméabilité,

mais ces malades n'en ont pas pour cela retrouvé un état physiologique normal ; car, d'une part, persistent les lésions sclérotiques du tissu hépatique, et d'autre part, celles d'angiocholite chronique. Il en résulte pour eux sinon une persistance des symptômes hépatiques, tout au moins une prédisposition aux infections biliaires ascendantes atteignant les grosses voies biliaires ou tout l'arbre hépatique.

Ce tableau clinique décrit dans ses grands traits, reprenons sa sémiologie pour analyser mieux les principaux symptômes dans leurs différentes modalités ; dans cette étude nous avons fait quelques emprunts au travail très documenté de M. Galliard (1).

Le syndrome ictère doit être considéré dans ses trois éléments composants, c'est-à-dire, la coloration jaune des téguments, l'ictère proprement dit, la décoloration des matières et les pigments biliaires dans les urines : nous les étudierons séparément.

B. — *L'ictère chronique* est un des principaux symptômes de l'obstruction durable du cholédoque, mais qui présente certains caractères qui appartiennent tout particulièrement à la lithiasie du canal commun. Il n'est pas *permanent* dans tous les cas, et dans le relevé de M. Vautrin on le trouve 39 fois dans les 66 faits ; plus souvent l'ictère est *progressif* ou *intermittent* et très *variable* dans son intensité ; ces deux dernières modalités sont le plus fréquemment observées, (Obs. 1, 4, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30), elles témoignent d'une perméabi-

1. L. Galliard, *L'obstruction lithiasique du cholédoque*, *Médecine moderne* n° 2 100, 15 décembre 1897 : n° 9, 27, 57, 1898.

lité relative du canal, soit que le calcul (à facettes), n'oblitére pas complètement la lumière du cholédoque, ou soit plutôt que les parois du canal cèdent à la pression de la bile accumulée et se laissent brusquement distendre (Cruveilhier). Osler (1) a montré à la clinique de John Hop Kin's hospital un calcul arrondi, emprisonné dans la portion duodénale du cholédoque, mais mobile dans cette portion dilatée et jouant le rôle d'une vulve (bulle vulve gall-stone in the common duct). M. Galliard compare ce calcul au flotteur des appareils utilisés pour la transfusion du sang. Albu (2) a présenté à la Société de médecine Interne de Berlin, 21 février 1898, une malade atteinte d'ictère intermittent durant plusieurs mois et revenant à plusieurs reprises. Albu explique cet ictère par l'arrêt et puis l'expulsion des calculs du cholédoque. Voici l'observation *in extenso*:

Enfant 16 ans, jeune fille, parents bonne santé, pas de tare héréditaire, pas d'abus alcooliques, a eu la rougeole dans sa première enfance; à l'âge de six ans, elle a eu la jaunisse qui dura cinq mois; pour la deuxième fois, cette jaunisse revint à l'âge de 13 ans et dura huit mois; pour la troisième fois cette jeune fille eut la jaunisse à l'âge de 15 ans, elle dura six mois; puis ce nouvel accès qu'elle a pour le moment a commencé au milieu du mois d'octobre de l'année dernière, donc, par conséquent depuis plus de quatre mois. D'après ce que nous apprend la mère, l'apparition de la jaunisse est intervenue chaque fois

1. W. Osler, Lancet, 15 mai 1897.

2. Albu. *Deutsch. Med. Woch. Ueber intermittirenden chronischen icterus*, n° 13, 31 mars 1898, p. 201, 202.

avec une laryngite durant de huit à quatorze jours accompagnée de fièvre. Pendant les premières périodes de jaunisse, surtout dans le courant de la seconde période, cette enfant se serait plainte beaucoup de douleurs violentes dans la région du foie et de l'estomac, douleurs qui cependant, d'après la description que l'on en fit, n'avaient point du tout les caractères de coliques, mais étaient persistantes; il faut pourtant remarquer que ces douleurs n'avaient pas précédé l'apparition de l'ictère qu'il n'y eut jamais non plus de frissons au-delà de la fièvre au début de chaque accès. Depuis le nouvel accès d'ictère la malade n'a ressenti que des douleurs légères et passagères dans la région du foie. Dans l'intervalle des périodes, l'enfant aurait chaque fois de nouveau fait peau blanche et guéri complètement, mais la guérison viendrait toujours presque soudainement; depuis que j'ai l'occasion d'observer la malade ses états objectif et subjectif ne se sont pour ainsi dire pas changés, la maladie est toujours au même point. La malade n'a pas de fièvre, elle a bon appétit; des selles régulières, n'a pas de malaises particuliers, mais elle est amaigrie, se sent très fatiguée et mal disposée. (mauvaise humeur) à cause du retour fréquent de sa maladie et de sa longue durée, elle s'en trouve si ennuyée que souvent elle fond en larmes. La malade présente dans la surface de la peau des traces nombreuses de grattage par suite des fréquentes démangeaisons. En plus de la coloration ictérique de la conjonctive, on aperçoit une coloration jaunâtre de la muqueuse buccale et de la muqueuse pharyngienne. Au voile du palais même, elle n'a pas d'œdèmes, le pouls normal, il n'est pourtant pas retardé; cœur et poumons intacts.

A l'exploration de l'abdomen, on reconnaît qu'il n'y a point d'ascites ni hypertrophie de la rate, par conséquent, pas d'arrêt de la circulation de la veine-porte.

Le point principal de la maladie est le foie, celui-ci est considérablement hypertrophié, et cela des deux côtés dans la même proportion ; la matité commence au bord supérieur de la cinquième côte et descend sur la ligne mamillaire jusqu'à trois doigts sous les fausses côtes. A la palpation, on sent le bord libre du foie plus profondément, la superficie est dure et un peu bosselée, sensible. L'urine est constamment colorée, mais sans albumine ; les matières, depuis des mois, presque complètement décolorées ; la malade a déjà été traitée dans le courant de l'année par de nombreux médecins, l'un portant tel diagnostic, l'autre, tel autre. Après avoir exclu toutes les autres affections du foie, M. Albu est arrivé à cette opinion qu'il s'agit ici d'une *cholélithiase chronique* qui s'est transformée à la suite d'un arrêt de la bile qui dure très longtemps en une cirrhose hypertrophique du foie. Cette cholélithiase, très rare dans la jeunesse et dans l'enfance, se présente cependant comme, je voudrais l'affirmer, contrairement à une opinion très répandue. Peut-être y aurait-il des anomalies congénitales fournissant des causes prédisposantes à la cholélithiase ; c'est bien ainsi que doit s'expliquer cette apparition bizarre de cholélithiase chronique que j'ai pu observer tout dernièrement dans deux autres cas. Dans le premier, ce furent deux sœurs qui vinrent me trouver l'une après l'autre. Dans le second, c'était également deux sœurs. Parmi les anomalies congénitales, on peut penser à une affection des gros conduits biliaires, par exemple, un rétrécissement, ce qui favoriserait une inflammation catharrale, et la formation de calculs biliaires. M. Albu admet qu'il y a un calcul dans le canal cholédoque ; la guérison presque soudaine s'expliquerait par l'expulsion de ce calcul dans les voies naturelles ; cependant, malgré toutes les

recherches, on n'y a pu trouver les calculs dans les matières, de là, cependant, il ne faut pas conclure qu'ils n'existent pas. La chronicité de l'affection des conduits amène à la formation de nouveaux calculs qui deviennent plus nombreux avec l'âge. On a donc raison de se demander si dans ces cas, où il y a un danger réel de vie et de mort, on ne peut aller à la recherche du calcul dans le canal cholédoque, ce qui, toutefois, ne peut garantir une guérison sans récidive (Société de méd. intern. de Berlin, 21 février 1898).

Les poussées fréquentes et brèves sont précieuses au point de vue du diagnostic. Elles sont notées 26 fois dans un relevé de 80 cas de Courvoisier, dans 22 cas elles se manifestaient avec des coliques bien caractérisées (Obs. 30-27-25-3).

Une opérée de Roux avait eu pendant plusieurs années des crises douloureuses, presque toujours accompagnées d'un ictère peu intense et peu prolongé.

Riedel a opéré une femme de 50 ans qui, en cinq mois et demi, avait compté 72 crises avec jaunisse très peu intense. La durée des accès ictériques varie de quelques jours à plusieurs semaines. Elle était de 12 à 30 jours, suivant les périodes chez une opérée de Jaboulay (Obs. 4).

Ne sont pas rares les malades chez qui on a noté l'*ictère tardif* dans certains cas morbides : ictère pendant les deux dernières semaines chez une femme morte à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Galliard, le calcul était cylindrique avec des prolongements vers le canal hépatique et cystique, d'une longueur totale de 6 centi-

mètres 1/2 ; poids de 13 grammes. Chez plusieurs sujets l'ictère n'a duré que pendant les dix jours précédant la mort ; leurs calculs atteignaient le volume d'une noix (Paulicki-Spencer). Elliott a opéré une femme pour calculs cholédociens ; dont le plus volumineux était comparable à un œuf de pigeon ; cette malade avait depuis 15 ans de fréquentes coliques sans ictère, celui-ci survint enfin et persista malgré la cholécystotomie ; il ne disparut que quatre mois plus tard après la cholédocotomie.

L'absence de l'ictère est encore plus rare, quatre fois noté dans le relevé de 66 cas de Vautrin, elle s'explique aisément soit lorsque l'oblitération n'est pas complète, soit lorsque la bile ne pouvant franchir l'obstacle placé dans les voies naturelles se fraie un passage par des voies anormales (fistules biliaires externes, fistules cholédocoduodénales, etc.).

A ce propos nous croyons intéressant de relater, très résumé, le cas suivant que nous avons personnellement observé, pendant nos études médicales à Bogotà, (Colombie).

M. E..., imprimeur, âgé de 45 ans, présenta pendant plusieurs années une série des coliques hépatiques s'accompagnant d'ictère ; son état général faiblit et le força même de garder le lit ; à ce moment se produisit une fistule au niveau de la région de la vésicule qui donna issue à un écoulement débile régulier et abondant et d'un nombre considérable de petits calculs ; d'ailleurs, malgré cette voie de dérivation l'ictère persista ; il s'agissait donc, très vraisemblablement dans ce cas d'une lithiasse intra-hépatique permettant l'issue d'une certaine quantité de bile

mais en retenant une partie. D'ailleurs l'état général de ce malade se trouve amélioré et ce n'est que huit ans après qu'il a succombé au progrès des lésions hépatiques.

Enfin, l'absence d'ictère peut s'observer dans les cas où l'ulcération du foie est telle, que la production des pigments biliaires est supprimée, en d'autres termes, dans l'acholie pigmentaire. Hanot en a cité un cas très net. Nous avons déjà signalé les démangeaisons dont souffrent les ictériques, ce symptôme est pour ainsi dire constant pour les ictères de toute origine, si nous y revenons, c'est qu'il acquiert parfois une telle intensité, qu'il est une source de souffrances continuelles et donne même parfois des idées de suicide (Obs. 7) ce prurit s'accompagne de traces de grattages sur tout le corps.

G. — Décoloration des matières fécales. — Ce symptôme est assez variable, tantôt, en effet, les selles sont d'un gris argent ou bien, plus ou moins colorées suivant toute une gamme de nuances qui passe du gris mastic au jaune et au brun. Dans nos observations il y a des exemples de ces différents cas.

Dans un relevé de 41 observations où les antécédents sont bien précis, nous avons noté 25 fois la décoloration complète des matières et seulement 16 fois la coloration incomplète des selles ; pour juger de la valeur séméiologique de cette décoloration il faudra examiner journellement les selles pour se rendre compte de la persistance ou de la non persistance de ce signe ; parfois il s'y produit de petites débâcles biliaires très utiles à chercher pour faciliter le diagnostic de la nature de l'obstruction ;

de même, la présence des calculs trouvés dans les selles par une patiente et longue recherche (9 à 12 mois) sera un autre signe précieux de la pathogénie de la maladie ; l'examen microscopique des selles est nécessaire, car on peut au microscope découvrir une lithiase très prononcée alors que l'examen à l'œil nu ne révèle rien.

D. — *Examen des urines.* — La présence des pigments normaux biliaires dans les urines des malades qui nous occupent, à l'aide du réactif de Smelin ou de Rosin encore plus sensible, nous démontre que l'ictère est produit par résorption de la bile au niveau du foie par obstacle à sa libre élimination ; mais, ce qui nous intéresse plus est la constatation dans les urines de certaines substances, comme l'urobiline, le pigment brun, la glycose, à la suite de l'épreuve de la glycosurie alimentaire, etc., qui nous renseignent sur l'état fonctionnel du foie, données très importantes à connaître pour le pronostic de l'intervention. Cet examen qui devrait se faire systématiquement dans tous les cas d'obstruction permanente du canal commun, nous ne le trouvons pas signalé dans les histoires cliniques que nous avons étudiées, sauf quelques-unes très rares.

Dans le même ordre d'importance nous considérons la recherche de la perméabilité rénale au moyen du bleu de métylène (Achard) ou bien par le procédé de M. le professeur Lépine, nous y reviendrons au chapitre du pronostic de la cholécotomie.

Dernièrement, M. Petersen a trouvé dans les urines des malades atteints de lithiases biliaires, une substance réductrice, dont les rapports avec la glycose ne sont pas en-

core suffisamment étudiés. Cette substance a été rencontrée 28 fois sur 29 malades examinés à ce point de vue ; elle disparaît généralement 3 ou 4 semaines après l'intervention ; il y a là un autre signe important pour le diagnostic si de nouveaux faits viennent le confirmer.

M. Hanot a insisté sur un symptôme qui est la mauvaise digestion des matières grasses dans toute obstruction du cholédoque, tandis que chez l'homme sain 70/0 des matières grasses ingérées sont retrouvées dans les selles, 78, 5 0/0 s'y retrouvent dans les cas d'oblitération ; mais lorsque la lésion est calculeuse, les graisses sont dédoublées chimiquement tandis qu'elles ne le sont pas dans le cancer de la tête du pancréas à cause de l'oblitération simultanée du canal excréteur du suc pancréatique ; dans ce dernier cas Sahli a signalé également l'absence de dédoublement de salol pour la même cause, la réaction violet dans les urines ne se reproduit plus.

Enfin, M. Hayem a donné un élément en plus pour faire le diagnostic, en rappelant que, dans la lithiase, l'hyperchlorhydrie était la règle, tandis que dans le cancer, c'était l'hypochlorhydrie qui était surtout observée.

E. — *Passé pathologique.* — Avant d'examiner les signes fournis par l'examen de l'abdomen nous passerons en revue les renseignements qu'on apprend à l'interrogatoire du malade.

Dans presque tous les cas on a des données certaines sur le passé hépatique, les coliques au grand complet, dont les accès se répètent plus souvent, ou bien l'expulsion de calculs que le lithiasique fait voir ; mais il n'en est pas ainsi toujours et c'est à la sagacité du médecin de

savoir dépister les formes frustes de la colique hépatique ; la migration des calculs est quelquefois si silencieuse que la plupart des accidents qui l'accompagnent font défaut : crises douloureuses, frissons, fièvre, hyperesthésie vésiculaire, vomissements, pigments biliaires dans l'urine, démangeaisons, ictère, la lipothymie ; alors, il suffira de constater un ou deux de ces signes pour songer à la colique hépatique fruste, dont l'importance est bien considérable pour fixer le diagnostic.

Parmi les symptômes qui font partie du syndrome colique hépatique il y en a qui s'observent lorsque l'enclavement d'un calcul dans son parcours vers l'intestin s'est produit : la *douleur* manque bien rarement, elle est profonde et plus intense que dans les autres causes d'obstruction du cholédoque ; dans une statistique de Courvaisier elle s'est révélée par des coliques 15 fois sur 80, tandis que l'obstruction non lithiasique avait suscité des douleurs 9 fois seulement sur 74 observations.

La *fièvre* est aussi un symptôme très intéressant au point de vue du diagnostic que nous visons dans cette étude, elle peut être intermittente, type Charcot, ou bien continue, toutes les deux sont dues à l'infection coli bacillaire des voies biliaires qui est dans l'espèce, la règle ; la première caractérisée par ses trois périodes de frisson, chaleur et sueurs revenant à de courts intervalles suivant un type irrégulier de façon à simuler la fièvre intermittente palustre avec laquelle on l'a confondue assez longtemps. Plusieurs praticiens ont lutté contre elle en vain en administrant à leurs malades de la quinine à hautes doses les intoxiquant plutôt qu'elle ne les guéris-

sait. Ceci est plus souvent observé dans nos pays tropicaux où la lithiase et la malaria coïncident fréquemment.

A côté des cas de fièvre intermittente, il en existe un certain nombre où l'élévation de la température a persisté régulièrement pendant une ou plusieurs périodes plus ou moins longues; cette fièvre continue indique le plus souvent une infection profonde hépatique; même lorsque la température reste normale le matin son ascension vespérale régulière (fièvre intermittente vespérale), sera une indication d'intervention opératoire (1).

L'état du tube digestif est assez souvent assez précaire, la langue est chargée, troubles dyspeptiques plus ou moins accentués, mais qui n'ont rien de caractéristiques de la maladie.

F. — *Signes physiques.* — L'examen du foie doit être fait d'une façon très méthodique, il faut rechercher quel est le volume, quelle est la forme de l'organe, il faut examiner particulièrement la région de la vésicule, en dernier lieu voir si cette palpation réveillera des points douloureux.

Le *volume* du foie est habituellement augmenté (Obs. 2, 5-12-13-16-18-21-24-28-30), il est rare que l'on se trouve en présence d'un de ces *énormes* organes qui remplissent une grande partie de l'abdomen, mais presque toujours on sent nettement le bord inférieur déborder de plusieurs travers de doigts les fausses côtes; cet examen doit être fait avec douceur, en faisant relâcher les muscles droits

1. Terrier. *Lithiase biliaire*, Leçon faite à la faculté, 11 juin 1897.

de l'abdomen; en palpant avec le bord interne de la main et la pulpe des doigts en déprimant progressivement la paroi de l'épigastre dans la région lombaire, on finira presque toujours à sentir la résistance hépatique.

Le bord inférieur est ordinairement assez dur, il présente souvent des irrégularités, parfois même, il existe une saillie anormale, une sorte de lobe supplémentaire que Riedel a décrit sous le nom de *languette hépatique*; parfois, la palpation donne une sensation de froissement due aux fausses membranes qui, de même que la déformation hépatique, sont causées par le processus inflammatoire, mais jamais on n'a trouvé le foie hypertrophié, dur et mamelonné comme on l'observe bien souvent dans les cancers secondaires du foie.

En outre, la palpation du bord inférieur du foie, réveille de la douleur plus ou moins intense (obs. 1-4-6-9-10-14-17-20-23-27-26), et assez souvent bien localisée au niveau de la vésicule biliaire, elle acquiert une grande valeur en dehors des crises douloureuses (obs 3-15-24), de même que le point douloureux dans la région du cholédoque décrit pour la première fois par M. Vautrin(1) et à l'aide duquel le diagnostic exact a été posé chez deux femmes âgées et amaigries (obs. 25-23), dont les parois étaient dépressibles.

M. Vautrin conseille de se placer du côté gauche de la malade, d'étendre la main en dehors du muscle droit et d'appuyer doucement comme si l'on voulait atteindre et palper la gouttière vertébrale droite. Si la malade à ses

1. Vautrin, *Revue de chirurgie*, 1896.

parois amaigries, on détermine à un certain moment une douleur vive à la pression, et on peut même sentir une induration profonde ; cependant, il faut ajouter que le travail inflammatoire peri-hépatique et les fausses membranes sont deux éléments qui contribuent en grande partie à donner cette sensation.

La percussion délimitera souvent moins nettement le bord inférieur mince que la palpation ; mais elle est nécessaire pour reconnaître les limites supérieures de l'organe, et, par conséquence sa hauteur ; de même en arrière de la base du thorax on trouve une matité hépatique élevée, dans cette région le murmure vésiculaire est entendu, diminué d'intensité à cause de la compression et du refoulement de la base du poumon droit.

Bien entendu, cette augmentation de volume ne persiste pas pendant toute l'évolution de la maladie, et il arrive un moment où le processus sclérogène envahit le parenchyme hépatique, l'élément noble du foie disparaît et la cirrhose atrophique, appelée *calculeuse*, fait son apparition.

La vésicule biliaire doit être recherchée d'abord sur la ligne mammaire, ce qui est sa situation normale, mais il ne faut pas oublier qu'elle peut être déplacée, surtout vers la ligne médiane. M. Michaux a dû, dans un cas après une laparotomie latérale, faire une incision médiane pour tomber sur la vésicule en position anormale (Relation inédite).

Habituellement on ne sent nullement la vésicule biliaire, en effet, on sait que celle-ci est rarement de volume normal ; le plus souvent elle est atteinte d'une cholecystite chronique qui tout en épaississant ses parois a effa-

cé sa cavité, en a fait un organe atrophié, caché au milieu des adhérences ; cette inflammation peut aboutir, il est vrai, à la production, dans la vésicule, soit d'un magma, soit de calculs qui la rendent plus ou moins volumineuse ; enfin, la dilatation peut être considérable si la suppuration se produit, mais il est rare que la bile pure cause cette distension, quoiqu'il en soit, dans la grande majorité des cas la vésicule est rétractée. Nous prendrons comme preuve la statistique toute récente d'Ecklin (1) qui dans 172 observations lithiasiques a trouvé.

La vésicule normale. . .	: 34 fois
— dilatée. . .	. 28 —
— rétractée. . .	. 110 —

De tout ce qui précède, il résulte l'existence d'un ensemble des signes caractéristiques et prédominants de l'obstruction lithiasique du cholédoque, dont le groupement fera affirmer la maladie dans l'immense majorité des cas. Si pour les cliniciens le diagnostic a été presque toujours difficile et seulement confirmé bien des fois à la laparatomie exploratrice, c'est que l'on n'avait pas cherché à synthétiser, à faire un groupement des symptômes pour constituer le vrai type clinique. En effet, dans les maladies chroniques, nous a dit M. le professeur Hayem (1), en décrivant une variété d'ictère chronique,

1. *Annales Suisses des sciences médicales*. tome IX, 3^e partie 1897.

2. Hayem. Sur une variété particulière d'ictère chronique, ictère infectieux splénomégalique. *Presse méd.* n° 21, 9 mars 1898, p. 123.

chaque cas considéré isolément présente des caractères un peu spéciaux ; la clinique a pour objet de faire ressortir ces traits particuliers, mais elle doit aussi reconnaître les traits communs, elle doit savoir faire des groupements ; jusqu'ici on a voulu demander à un symptôme toute l'explication de la maladie.

Ainsi par exemple, l'absence de l'atrophie vésiculaire a fait bien des diagnostics erronés ; sans doute, c'est un bon signe, mais non pas pathognomonique ; Chappet (1), Routier (2) ont perdu des malades pour se laisser influencer par la dilatation de la vésicule. M. Griffon (3) a publié deux autres cas d'ectasie de la vésicule avec dilatation du canal cystique dans l'obstruction lithiasique du cholédoque. La rétractation ou la dilatation de la vésicule est fonction de l'infection et même au moment où on examine le malade : si la bile stagnante n'est pas envahie par le coli-bacille *virulent*, ce qui est presque la règle dans la lithiase colédocienne, la rétractation s'observe, mais si à un moment donné la bile est infectée, au lieu du processus sclérogène nous avons, en revanche, une cholécystite suppurée. De même, pour l'absence d'ictère, qui a manqué dans quelques cas, nous ne pouvons pas reconnaître l'obstruction du canal commun s'il y a d'autres signes groupés, qui attirent l'attention de l'observateur

1. Chappet. *Calcul du cholédoque, dilatation de la vésicule, pas de cancer*. Lyon médical, 1896, t. LXXXIII, p. 434.

2. Routier. Observation 10 de ce travail.

3. Vincent Griffon. *Calculs enclavés dans l'ampoule de Vater*. Presse méd. n° 65, 17 octobre 1896.

du coli d'une lithiase. Et ce que nous disons de la lithiase cholédocienne est applicable, d'une façon générale, à toutes les entités morbides, ce n'est pas le privilège exclusif de la maladie qui nous occupe.

Ainsi, donc, nous croyons pouvoir présenter par l'analyse de ce complexe symptomatique qui a été fait précédemment, et appuyé par de nouvelles observations, un syndrome clinique qui, avant tout, est caractérisé par un passé lithiasique bien net et persistant longtemps accompagné d'un amaigrissement lent, avec de l'ictère chronique variable d'intensité ainsi que la décoloration des selles, avec augmentation du volume du foie et sa sensibilité à la pression, sans dilatation de la vésicule biliaire et enfin, par la fièvre intermittente symptomatique.

Parmi toutes les maladies chroniques qui pourront être confondues et en réalité l'ont été, nous trouvons en première ligne le cancer de la tête du pancréas qui, par sa situation produit mécaniquement le syndrome de l'ictère chronique. Depuis 1888 MM. Bard et Pic, de Lyon (1) ont donné une description magistrale du cancer du pancréas en lui attribuant une physionomie personnelle reconnaissable parmi toutes les affections avec lesquelles il est difficile à distinguer. Nous ne pouvons faire mieux que d'emprunter à ce travail les parties qui nous serviront à établir la distinction avec la maladie qui nous occupe. Chez les malades atteints de cancer primitif du pancréas on ne trouve pas des antécédents pathologiques ou héréd-

1. Bard et Pic. *Le cancer de la tête du pancréas. Revue de méd.* Mai 1878.

ditaires particuliers ; sauf les cas de coïncidence (même dans ces cas MM. Bard et Pic ont fait le diagnostic pendant la vie), il n'existe pas d'ordinaire des crises douloureuses parocystiques pouvant faire songer à des coliques hépatiques.

On constate l'apparition parfois soudaine, le plus souvent graduelle, mais rapide, d'un ictère qui, une fois établi, ne rétrocede plus, mais se fonce de plus en plus, jusqu'à prendre une teinte bronzée et il mérite souvent le nom d'ictère noir ; celui-ci s'accompagne de tous les signes de rétention biliaire : décoloration des fèces, urine chargée de pigments biliaires, contenant souvent des traces d'albumine, mais ordinairement pas de sucre ; l'urée est généralement diminuée. La température est toujours normale ou hypo-normale, sauf dans les cas où existe une complication. La cachexie et l'amaigrissement sont très accusés, leur marche est particulièrement rapide ; la peau de couleur olivâtre est littéralement collée sur les os, bien que le malade conserve quelquefois pendant longtemps la faculté de s'alimenter, au bout de quelques mois (4 mois en moyenne) ou même de quelques semaines le malade succombe dans le collapsus et aux hémorrhagies.

Parmi les signes physiques nous trouvons signalée tout particulièrement la dilatation de la vésicule biliaire qui apparaît dès que la compression s'établit et sous la forme d'une tuméfaction lisse, saillante sous le rebord des fausses côtes droites ou sous le bord même du foie et qui est notée presque toujours ; du moins on l'a trouvée dilatée à l'autopsie chez des sujets qui pendant la vie ne présentaient rien d'analogue, ce qui fait penser qu'il

faut être prévenu pour la constater. Ecklin (1) a trouvé sur 139 occlusions dues à des causes diverses, *non lithiasiques* :

La vésicule normale.	9 fois.
— dilatée.	121 fois.
— rétractée	9 fois.

De sorte que, pour un observateur prévenu, la constatation de la vésicule dilatée sera la règle dans le cancer de la tête du pancréas.

Quant au foie il est ordinairement dur, on sent assez souvent son bord tranchant, mais il est toujours petit et tout au moins augmenté de volume. Il est d'ordinaire peu douloureux à la pression, en dehors de la tuméfaction formée par la vésicule biliaire, et il est spécifié dans la plupart des observations que le maximum de la douleur spontanée et à la pression est au niveau de l'épygastre, la douleur dorsale a une certaine importance.

Les troubles digestifs n'ont rien de pathognomonique.

En somme, le cancer de la tête du pancréas est caractérisé par le syndrome Bard-Pic : l'existence d'un ictère chronique, toujours progressif, avec dilatation énorme de la vésicule biliaire, avec amaigrissement et cachexie rapides, mais sans augmentation notable du volume du foie.

Nous avons pu suivre cette année un cas typique de cancer de la tête du pancréas, dans le service de M. Ren-

1. *Loc. cit.*

du (1), à Necker, dont voici l'observation résumée calquée sur le syndrome Bard-Pic.

Il s'agit d'une femme âgée de 65 ans, qui n'a jamais été malade. La maladie actuelle a commencé il y a 5 semaines par manque d'appétit, malaises après les repas, de la faiblesse, des frissons et de la fièvre que la malade attribue à une chute qu'elle a faite auparavant ; jamais de douleur du côté du foie.

Le foie peu volumineux, 13 centimètres sur la ligne mammaire, déborde à peine les fausses côtes, il n'est pas douloureux à la palpation ; sur la partie moyenne de la région hépatique on voit et on sent une saillie en forme de poire non mobile, se continuant au-dessous du foie, très tendue, débordant de 8 à 9 centimètres le foie, et douloureuse à la pression.

Parmi les signes fonctionnels il y a de l'inappétence, pas de vomissements, ictère très foncé, peau sèche, prurigo généralisé. Ictère qui vient par accès irréguliers, pas d'accès intermittent type, lèvres fuligineuses, faiblesse, amaigrissement rapide et cachexie commençante. C'est dans cet état, après trois semaines d'observation et de traitement médical, qu'elle passe au service de M. Routier.

Opération. — Le 10 février. — Après la laparotomie, M. Routier et les assistants, nous constatons une vésicule, grosse comme le poing, distendue, très vascularisée, l'aspiration pratiquée donna un liquide clair, sirupeux, 300 grammes environ ; cholédoque énormément dilaté, l'aspiration apporte 450 grammes d'un liquide verdâtre et sirupeux. M. Routier, ne trouvant pas la cause de la rétention biliaire, ni dans la vésicule, ni dans

1. Rôndu. *Leçons Clinique*, 3 février 1898.

le cholédoque, cherche dans la tête du pancréas et trouve un noyau cancéreux, cause de la compression. Drainage du cholédoque et fermeture du ventre.

Deux jours après, la malade succombe sans réaction aucune. A l'autopsie, on trouva un cancer de la tête du pancréas.

Maintenant si nous faisons quelques pas en arrière nous trouvons dans le tableau clinique, que nous avons essayé de reconstituer pour l'obstruction calculeuse du cholédoque, l'ictère chronique ne se présente pas subitement et sans aucune rémission, comme on l'observe dans le cancer de la tête du pancréas. Dans la lithiase cholédocienne l'ictère a été toujours précédé de crises douloureuses de plus en plus rapprochées, subintrantes ; son intensité est variable, il est plus ou moins intermittent avant qu'il soit définitif, la décoloration des matières est corrélative aux caractères de l'ictère, on observe parfois de petites débâcles qui colorent les selles plus ou moins ; dans le cancer de la tête du pancréas la décoloration est presque toujours complète et constante comme l'ictère ; les grandes débâcles biliaires sont excessivement rares (1).

La vésicule biliaire est dilatée dans la grande majorité des cas. MM. Bard et Pic l'ont observée dans toutes leurs observations. Nous avons donné les deux statistiques d'Ecklin qui sont frappantes à ce point de vue, c'est-à-dire rétraction dans la lithiase et dilatation dans les affections non lithiasiques. C'est Courvoisier, (2) le premier qui

1. Legrand. *Revue de médecine*, 1889.

2. Courvoisier. *Pathol. and thérapie der Gallennege. Leipzig* 1890.

appela l'attention sur l'état de la vésicule comme signe de diagnostic entre les affections cancéreuses et lithiasiques.

« La dilatation de la vésicule biliaire, dit-il, est rare dans le cas d'obstruction du cholédoque par calculs ; beaucoup, plus souvent, alors, la vésicule est atrophiée, ratacinée. Dans l'obstruction due à toute autre cause, l'ectasie est, au contraire la règle. Si cette observation est confirmée à nouveau, il y a là un point très important pour le diagnostic » ; plus tard M. le professeur Terrier l'a repris et ce symptôme est nommé signe de Courvoisier-Terrier (1) ; depuis lors tous les chirurgiens l'ont constaté très souvent au cours de la cholédocotomie. Comme dans tous les cancers, mais tout particulièrement dans le cancer de la tête du pancréas, l'amaigrissement et la cachexie sont rapides, la durée moyenne, dès l'apparition de l'ictère, signe révélateur de l'affection, est de 4 mois (Vernay) tandis que dans l'obstruction du cholédoque elle est de beaucoup plus longue, de 4 à 6 ans pour arriver à la vraie cachexie. Le foie n'est pas augmenté de volume, ni douloureux à la pression chez les cancéreux pancréatiques comme on l'observe si souvent chez les lithiasiques, enfin, l'hypotermie très fréquente dans le cancer (six fois sur sept) fait contraste avec la fièvre intermittente symptomatique de l'angiocholite chronique, sauf les cas d'une maladie compliquant le cancer.

Dans le *cancer des voies biliaires* on constate presque dès son début, la production de nombreux noyaux cancé-

1. Terrier, *Revue de chirurgie*, 1892.

reux dans le foie qu'on trouve bosselé, marronné à la palpation; il se trahit par du melaena; l'obstruction du cholédoque ne produit pas cette altération spéciale du foie, ne provoque jamais de selles hémorrhagiques.

Le cancer de l'*Ampoule de Vater*, très rare puisque l'on ne connaît que 13 cas constatés à l'autopsie, donne lieu à quelques symptômes de rétention biliaire qui rendra bien des fois difficile le diagnostic clinique; cependant il est plus fréquemment observé chez l'homme (10 sur 13 obs.), tandis que la lithiasé s'observe le plus souvent chez la femme (90 0/0); la durée de la maladie ampullaire est plus courte relativement (la moyenne paraît être de 8 à 10 mois) à l'obstruction calculeuse; l'*ictère intermittent* bien constaté chez les malades de MM. Hanot et Rendu n'avait pas été précédé ni accompagné des crises douloureuses, vives, caractéristiques de la lithiasé biliaire; de même la diarrhée chronique peut apparaître avec certains symptômes insolites, tels que selles hémorrhagiques ou des phénomènes d'obstruction intestinale, fait penser à un cancer de l'ampoule, surtout quand on la voit persister malgré un traitement rationnel; en somme, c'est une maladie franchement intestinale. (1)

Dans l'*ictère chronique*, par obstruction calculeuse, la constipation est la règle, même quand il s'y joint de l'angiocholite. La leucocytose et l'état général doivent être pris en considération. D'ailleurs, au point de vue de l'intervention qui sera notre principal objet, les indications seront les mêmes, jusqu'à nouvel ordre, qu'il s'agit

1. Rendu. *Leçon clinique*, 3 février 1898.

d'un cancer de l'ampoule de Vater ou de la tête du pancréas.

L'ictère catharral prolongé n'est caractérisé par aucun signe pathognomonique, la durée de la maladie 40, 50, 60 jours, trois mois même et l'influence du traitement seront les éléments du diagnostic.

Il reste un certain nombre de causes locales pouvant déterminer un ictère chronique s'accompagnant de quelques autres symptômes que nous avons attribués à la lithiasie chronique du cholédoque ; tels sont, par exemple, la coudure du canal commun par des adhérences qui peuvent être d'ailleurs d'origine lithiasique (Kümmel), la compression des voies biliaires, par un kyste hépatique de petit volume sous-hépatique (Lejars). Nous n'insisterons pas sur ces cas excessivement rares car ils n'ont pas de symptomatologie propre et ont été toujours des trouvailles.

Nous avons essayé dans ce chapitre d'établir un tableau clinique, caractéristique de l'obstruction permanente lithiasique du cholédoque, et fait un diagnostic différentiel.

Nous pensons pouvoir conclure que, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic de l'obstruction permanente du canal commun est possible et même facile à faire, quand l'affection se présente avec le syndrome clinique que nous avons décrit, d'après les observations en grand nombre que nous avons pu étudier et celles qui accompagnent ce travail.

Loin de nous la pensée de vouloir dire que l'obstruction chronique par lithiasie du cholédoque sera *toujours*

facile à reconnaître au lit du malade, et qu'il n'y a pas d'erreurs possibles dans l'interprétation des faits ; il y aura quelques cas où leur symptomatologie ne correspondra pas au tableau clinique donné, par l'absence d'un ou plusieurs signes ou bien par la complexité de certains cas où le clinicien restera indécis, comme il arrive souvent en clinique avec les affections qu'on reconnaît le mieux. Toutefois, les faits se passeront, en réalité, tels que nous les avons constatés dans un grand nombre d'observations, et le clinicien pourra faire presque toujours un diagnostic de la maladie qui nous occupe par une étude attentive et prolongée.

CHAPITRE II

Anatomie.

Nous estimons nécessaire, avant la description de la technique de la cholédocotomie, de revenir sur l'étude d'anatomie normale qui nous servira certainement pour la « découverte » et la chirurgie du cholédoque ; les recherches anatomiques de MM. Quénu, Michaux et Vautrin ont précisé les rapports anatomiques du canal commun : elles nous ont servi à la rédaction de ce chapitre.

Au point de vue chirurgical, nous suivrons la division donnée par notre maître, M. Michaux, dans sa très intéressante « *étude sur la chirurgie du canal cholédoque* », pour décrire seulement deux parties du canal cholédoque :

Une partie *sus-duodénale*, presque seule accessible à l'exploration.

Une partie *rétro-duodénale* et *intra-pancréatique* qu'il est difficile d'atteindre et parfois même d'explorer.

Portion sus-duodénale. — Cette partie du canal cholédoque qui mesure un demi-centimètre à un centimètre et demi environ s'étend de l'union du canal cystique et du canal hépatique jusqu'à l'angle que fait la première partie du

duodénum avec la seconde ; cette région du cholédoque continue la direction oblique du canal hépatique de haut en bas et de droite à gauche. M. Quénu a étudié les rapports du cholédoque considéré au point de vue de la distance qui le sépare de la ligne médiane, cette distance est d'ailleurs variable, elle oscille entre des chiffres assez écartés ; ainsi l'extrémité supérieure se trouve située de 24 à 35 millimètres, l'extrémité inférieure de 18 à 30 millimètres de la ligne médiane ; de toute façon il en reste donc rapproché. Le cholédoque dans ce trajet est situé dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique dont il suit exactement le bord libre, en rapport intime avec le pédicule du foie issu du sillon transverse, à savoir : la veine-porte, l'artère hépatique, vaisseaux et ganglions lymphatiques et nerfs du foie. Placé sur le bord libre ou droit de l'épiploon gastro-hépatique il est en avant de l'hiatus de Winslow dont il occupe la partie antérieure et inférieure. L'entrée de cet hiatus est un repère important dans la recherche du canal cholédoque, elle est quelquefois comme bouchée par des adhérences ; normalement et elle laisse passer les deux doigts.

L'index introduit dans cet hiatus, la pulpe en avant, soulève le tronc de la veine porte au devant de laquelle sont couchés en haut les canaux cystique et hépatique, qui bientôt convergent en avant de l'hiatus de Winslow ; en arrière de l'index, se trouve la veine cave et l'extrémité droite du lobule de Spigel. Le cholédoque ne tend pas à disparaître derrière un prolongement sus-duodénal de la tête du pancréas, dont il longe parfois le bord libre.

La région sus-duodénale du canal cholédoque est cer-

tainement la partie la plus facilement accessible, recouverte seulement par le feuillet péritonéal antérieur de l'épiploon gastro-hépatique. M. Quénu, dans son travail publié dans la *Revue de chirurgie* de 1895, a bien étudié les rapports étroits qui existent entre les vaisseaux et le canal cholédoque,

L'artère hépatique suit le bord gauche du canal cholédoque, elle s'en écarte de un à deux millimètres chez certains sujets et particulièrement au moment où le doigt introduit dans le hiatus soulève tout le paquet vasculaire, les anomalies dans la division de l'artère font varier cette distance et alors, c'est une branche qui croisera obliquement le canal; mais ce sont surtout les branches données par l'artère hépatique qui sont moins évitables à cause des rapports variables avec le cholédoque, ainsi, la pancréatico-duodénale passe parfois perpendiculairement à la première portion du duodénum sans affecter aucun rapport avec le canal, parfois elle avance sur sa face antérieure.

La veine-porte qui vient de se former derrière le duodénum des gros troncs veineux intestinaux sert en quelque sorte de charpente au bord épais du petit épiploon, elle déborde le cholédoque de chaque côté; sa position nettement postérieure au cholédoque la rend relativement peu dangereuse pour les interventions, mais il existe souvent dans la partie antérieure du pédicule hépatique des veinules acquérant parfois un certain volume et qui dépendent d'un des systèmes portes accessoires.

Il y a lieu d'insister sur la présence autour des organes que nous avons décrits des canaux lymphatiques; plexus

nerveux et tissu cellulaire très peu abondant, mais il faut se rappeler de la présence des ganglions de situation d'ailleurs assez variable, c'est surtout dans le cas de cancer du foie que ceux-ci acquièrent un volume, une dureté particulière, certaines inflammations peuvent également causer une hypertrophie, nous croyons intéressant de rapporter ici à ce propos le cas d'une malade signalé par M. Rendu (1).

Il s'agissait d'une femme atteinte de cholécystite calculuse présentant un ictère très marqué ; l'opération pratiquée par M. Routier démontre que l'ictère était dû à la compression des voies biliaires par des ganglions de hile enflammés et hypertrophiés.

Portion rétro-duodénale. Cette portion a été divisée par certains auteurs en deux parties : l'une rétro-duodénale, l'autre intra-pancréatique (Quénu). Nous croyons plus simple d'adopter la division de M. Michaux qui sépare la partie accessible de la portion inaccessible du cholédoque.

La seconde portion rétro-duodénale comprend d'ailleurs, encore, sur une longueur de deux centimètres la partie accessible ; en effet, à ce niveau le cholédoque croisant la face postérieure du duodénum est relativement facile à découvrir, le canal se creuse une gouttière à la surface du pancréas, puis plonge dans l'intérieur un peu à droite ; il suit à ce moment le bord interne de la seconde portion du duodénum et vient finalement se jeter dans l'intestin au niveau de l'ampoule de Vater.

1. Rendu. *Clinique du jeudi*. 1898

La portion rétro-duodénale mesure une largeur totale de 4 à 5 centimètres, elle est longée en dedans par l'artère et les veines pancréatico-duodénales, en arrière elle se rapproche de la colonne vertébrale.

Tels sont ses rapports immédiats, mais il est bon de signaler que la région est recouverte par l'estomac et le bord droit du grand épiploon.

Le calibre du canal cholédoque est variable d'une part, suivant les points de son trajet et surtout la dilatation que l'on cherche à lui imprimer ; l'importance physiologique de ce dernier fait ne peut échapper ; c'est à la partie supérieure que M. Quénu a trouvé que le diamètre était supérieur et diminue, au contraire, quand on se rapproche de l'extrémité intestinale, le premier fait favorise évidemment l'arrêt des calculs ; les dimensions du calibre varient de 13 à 16 millimètres.

En outre, dans tout ce trajet libre (portion sus-duodénale et partie supérieure de la rétro-duodénale) la structure fibro-musculaire du canal lui donne une élasticité, par conséquent une dilatabilité considérable, il n'en est pas de même, et M. Vautrin a insisté sur ce fait que dans la région pancréatique, le tissu dense de cette glande forme une gangue très peu extensible, cette constriction du cholédoque en ce point sera encore exagérée s'il existe une inflammation des tissus ; or, dans la lithiase biliaire, il y a toujours de la cholédocite et de la péri-cholédocite.

CHAPITRE III

Manuel opératoire.

Nous supposons que le malade qui subira la cholécotomie aura été préparé d'avance avec les soins nécessaires à toute intervention, qui réclame l'asepsie la plus complète de la peau où l'on va opérer, et dans le cas particulier du côté de l'intestin qui pourrait être une cause d'infection pendant et après l'intervention ; ainsi donc, la région opératoire sera antiseptisée et garnie d'un pansement deux jours avant l'opération : le régime alimentaire aura pour base le lait qui seul pourra diminuer les fermentations intestinales et de petites doses de calomel seront aussi très utiles pour arriver au même but ; inutile d'insister sur toutes les précautions aseptiques de la part du chirurgien et des instruments, car dans ces opérations abdominales plus qu'ailleurs l'asepsie est une condition indispensable de succès (Terrier).

a) *Incision.* — Les avis ne sont pas d'accord, au moins chez les chirurgiens français : uns avec Quénu préfèrent l'incision médiane, en s'appuyant sur des recherches anatomiques ; ils disent pouvoir explorer mieux le canal cholédoque avec l'incision médiane, car ce canal se trouve plus

rapproché de cette ligne que de la ligne du bord externe du droit; en outre, l'hémorrhagie avec cette incision est presque insignifiante à cause du peu de vascularité de cette région.

Les autres, avec M. Michaux, et ils sont en plus grand nombre, font l'incision latérale sur le bord externe du droit et ils donnent des raisons qui justifient entièrement leur façon de procéder; chirurgicalement l'incision latérale a de grands avantages sur l'incision médiane; sauf quelques rares exceptions sur lesquelles nous reviendrons, tout d'abord, l'hémorrhagie est sans doute plus abondante, mais il suffit de quelques pinces pour l'arrêter, le grand avantage de l'incision latérale est de tomber directement sur la vésicule biliaire; qu'elle contienne des calculs ou non, c'est un point de repère extrêmement important pour orienter le chirurgien et le guider vers le cholédoque; au moment de l'exploration du canal nous verrons tout le parti que nous en pouvons tirer. Donc, l'incision de choix sera la latérale, et s'il y a de rares cas où la vésicule est trop en dedans, rien de plus facile que de faire une autre incision complémentaire horizontale, vers la ligne médiane et partant de l'extrémité supérieure de l'incision principale pour agrandir ainsi le champ opératoire (1).

Les chirurgiens allemands et anglais préconisent l'incision oblique de Courvoisier: commencer à inciser le muscle droit à un centimètre au-dessous du bord infé-

1. M. Quénu dans ces dernières observations publiées a fait une fois seulement l'incision médiane.

rieur du thorax et prolonger cette incision sur les lombes jusqu'au milieu de l'espace qui sépare le rebord costal de la crête iliaque. Ces incisions, d'après Buddon (2) ne prédisposent nullement à l'éventration ni aux hernies.

Nous ne sommes pas en droit de préconiser cette dernière incision, car, nous n'avons jamais eu l'occasion d'en constater les avantages, soit pendant l'opération, soit au point de vue de la consolidation de la paroi ; il est possible que cette incision donne beaucoup de facilité pour l'exploration, mais, nous croyons préférable l'incision verticale latérale.

Mais pour que l'incision du bord externe soit bonne, dit M. Michaux, il faut qu'elle soit suffisamment longue, elle commencera à la base du thorax, et descendra au-dessous de l'ombilic ; le point important, c'est de ne pas être gêné pour opérer, parce qu'on gagne ainsi du temps, ce qui est d'une importance capitale.

Evidemment, l'incision doit être toujours longue mais variable dans ses limites, d'après l'épaisseur des parois abdominales, de l'hypertrophie du foie pour que l'opérateur puisse explorer le canal cholédoque en étant le moins gêné possible dans une profondeur souvent considérable.

b. — Recherche de la vésicule et du canal cholédoque.
— Nous avons dit que la vésicule biliaire est presque toujours atrophiée dans la lithiase cholédocienne ; à tel

1. Chas. K. Buddon. *Choléolithiasis and surgery of the bile ducts.* (med. and surg. reports of the Presbyterian Hospital, Y., 1897, vol. II).

point, quelquefois, qu'on n'en trouve que des traces, les seules qui nous serviront à la recherche des voies biliaires inférieures; d'autres fois on ne rencontre que des adhérences péricystiques épaissies, organisées, anciens reliquats des poussées inflammatoires qui cachent pour ainsi dire la vésicule et rendent la région méconnaissable pour un opérateur non prévenu.

Ce n'est pas seulement autour de la vésicule même et la cachant que ces adhérences vont nous gêner, car très souvent il en existe qui s'étendent de la face supérieure du foie à l'angle du côlon, d'autre part, au duodénum, rapprochant l'intestin du foie elles contribuent largement à rendre plus obscure l'anatomie de la région.

En outre, ces adhérences sont habituellement très vasculaires, on doit soigner leur hémostase, ce qui constitue un temps délicat de l'intervention; les sources de l'hémorrhagie sont en effet, souvent multiples et difficiles à découvrir sur des surfaces cruentées, inégales et anfractueuses.

Ceci fait, nous supposerons d'abord, avoir affaire, ce qui est le cas le plus commun, à une lithiase de la partie accessible sus-duodénale du cholédoque.

Nous reviendrons plus tard sur les cas où l'on aura à chercher les calculs dans la partie inférieure *intra-pancréatique* ou ampullaire du cholédoque.

Dans ces deux circonstances on finira, avec patience et sans perdre de temps à se reconnaître au milieu des organes qui ont perdu leurs rapports anatomiques, mais toujours à la condition de procéder méthodiquement.

M. Vautrin n'a pu relever que 47 observations d'obs-

truction calculeuse du cholédoque, où le siège du calcul dans le conduit fut indiqué. Deux fois seulement le cholélithe se trouvait aux environs de l'ampoule de Vater ; dans les autres cas, il s'était arrêté plus. Parmi nos observations on trouvera des cas où ces éventualités se sont produites.

Ainsi donc, ce qu'il faudra chercher avant tout, le foie relevé par la main d'un aide, les intestins maintenus en bas par une large éponge ou une compresse aseptique, c'est la vésicule biliaire ; celle-ci mise à jour on sera orienté pour continuer l'opération.

Il faut commencer par mettre à jour, autant que faire se peut, la région profonde, but du chirurgien ; on s'attaquera d'abord aux adhérences pathologiques sur lesquelles nous avons insisté ; les unes masquant les points de repère, les autres bouchant le chemin, la destruction de celles qui entourent la vésicule et le canal cystique pourra être exécutée assez rapidement, il faut par contre, s'attaquer avec beaucoup de prudence à celles qui entourent le tube intestinal, car des perforations peuvent résulter de la déchirure de celui-ci, ce qui constitue naturellement une complication fort grave ; dans un cas de Thornton, la perforation a passé inaperçue et été l'origine d'une péritonite mortelle.

Arrivons à l'exploration du canal cholédoque ; on tient de la main droite la vésicule avec le canal cystique s'ils sont encore retrouvables, alors l'index et le médius de l'autre main cherchent à pénétrer dans l'hiatus de Winslow, malheureusement, ce mode de recherche est parfois difficile à cause des adhérences solides qui le ferment et

empêchent ainsi la « découverte » du cholédoque ; dans cette éventualité il faut se contenter de l'exploration du bord droit épaissi et rétracté de l'épiploon gastro-hépatique (Lejars).

Langenbuch (1) suit la voie pylorique quand il s'agit de découvrir le cholédoque dans des interventions pour la lithiase.

Il ouvre la cavité abdominale par une incision parallèle au bord antér. du foie, attire le pylore au dehors vers la partie gauche de l'incision, suit avec deux doigts introduits derrière le pylore la face postérieure de cet organe, puis le pancréas, il arrive ainsi sur le cholédoque qu'il incise dans le sens longitudinal quand il constate la présence des calculs.

Si la pénétration de l'index dans l'hiatus est possible, en suivant le bord externe du canal cystique jusqu'au bord droit du ligament gastro-hépatique et contournant celui-ci, on soulève alors, le cholédoque et les vaisseaux du pédicule du foie ; alors, en faisant glisser le pouce sur le bord antérieur du ligament gastro-hépatique on se rend compte de l'impression que lui donne la présence des calculs ; ils sont durs, compacts, irréguliers, bosselés ; on ne la confondra pas avec la sensation fournie par des ganglions voisins ou des lobules pancréatiques qui bordent quelques fois en dedans et en dehors l'extrémité supérieure de la tête du pancréas, principalement s'ils sont augmentés de volume et indurés. Il est bon d'être pré-

1. Voyez. Réunions libres des chirurgiens de Berlin, janvier 1898. *In Gazette hebdomadaire*, 17 février 1898, n° 17.

venu de cette difficulté, et l'hésitation ne se présente que dans les cas difficiles, où les voies biliaires sont absolument enveloppées d'adhérences (Michaux). On ne confondra pas non plus des calculs avec de noyaux cancéreux de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater qui sont plus mous et présentent des limites diffuses ; dans le doute le chirurgien a le droit d'inciser avant de fermer le ventre (obs. 10).

L'exploration conduite ainsi, il nous semble que ni le cholédoque, ni le calcul échapperont à un toucher bien consciencieux et de même on pourra dire, à coup sûr, si les calculs sont *mobiles* ou *fixes*.

c. — *Incision du canal.* — Pour les calculs fixes l'opération de choix est la section du cholédoque faite par le doigt introduit dans l'hiatus de Winslow, et en levant sa paroi antérieure de façon que, l'incision toujours longitudinale, pratiquée sur le calcul aide à la sortie de celui-ci et empêche, par aplatissement des parois du cholédoque, l'afflux de bile considéré *a priori* comme septique qui ne manquera pas de se produire dès que le calcul est enlevé. Cette incision cholédocienne devra être parfois assez longue, mesurer un centimètre et demi, deux centimètres et plus, selon le volume du calcul enclavé qu'il faut extraire ; dans tous les cas on aura la précaution, avant de la pratiquer, de garnir le voisinage de compresses stérilisées pour éviter la contamination du péritoine par la bile.

Cette incision est loin toujours d'être aisée ; si chez des sujets maigres on parvient à pouvoir surveiller l'action du bistouri, bien souvent c'est un peu à l'aveugle, en se

guidant avec le doigt explorateur que la section sera faite, elle sera fréquemment accompagnée d'une hémorrhagie notable; celle-ci provient soit des veines-portes accessoires, soit de la paroi même enflammée et vascularisée; on s'est rendu maître par un tamponnement de quelques instants ou en saisissant chaque lèvre de la plaie avec une pince hémostatique.

Au moment où l'incision est achevée la bile commence habituellement à couler, et du canal dilaté béant s'échappe un liquide épais, verdâtre assez souvent louche; il suffit de couder le canal en le soulevant avec le doigt pour arrêter cette issue.

L'extraction du calcul ou des calculs présente quelquefois des difficultés: ils sont tellement adhérents aux parois que les pressions douces et méthodiques sur le canal n'aboutissent pas à leur expulsion complète, dans ces cas, il faudra employer une petite curette ou bien faire la fragmentation du calcul pour arriver à une évacuation totale.

Cette évacuation complète des calculs réclame parfois une certaine patience; si elle est très rapide pour un calcul unique et relativement mobile elle devient déjà plus pénible pour les concrétions volumineuses et très enclavées; dans d'autres cas enfin, c'est le nombre de ces concrétions qui compliquera la tâche; pour les amener à la boutonnière du cholédoque, on les fera glisser progressivement de haut en bas, en allant les chercher parfois jusqu'aux canaux hépatiques; de même celles qui sont situées au dessous seront ramenées vers l'incision.

d) *Vérification.* — Une fois l'extraction des calculs pratiquée, ce qui est indispensable, c'est de vérifier toujours

la perméabilité du canal à l'aide d'une sonde en gomme ou bien avec la sonde cannelée qui est préférable pour ce cathétérisme, car elle transmet bien mieux à la main les moindres contacts qu'elle éprouve (Michaux).

e) *Sutures du cholédoque*. — Cette question de la cholédocorrhaphie ou de la suture du canal principal a été reprise de nouveau par plusieurs chirurgiens : MM. Quénu et A. Claisse (1)., Jaboulay (2) en France ; Bishop en Angleterre et Langenbuch (4) en Allemagne, tous sont partisans déclarés de la cholédocotomie sans sutures.

Morison (5) avait toujours appliqué cette méthode. En 1895, Jourdan nous donna une dizaine d'observations dans lesquelles pour des différents motifs, que nous verrons plus loin, on n'a pas fait de sutures au cholédoque et pourtant la guérison, sauf les cas opérés *in extremis*, s'est effectuée après la formation d'une fistule qui se ferma spontanément après quelques semaines ; de sorte que depuis trois ans, il existait des faits que justifient la conduite des chirurgiens qui, de parti pris, ne font plus maintenant ce temps de la technique cholédocienne..

Jourdan donnait les raisons de l'inutilité de la suture de la plaie du cholédoque restant largement ouvert, elles démontrent, dit-il, qu'il est beaucoup plus sûr de recourir au drainage que de refermer l'abdomen sur une suture

1. *Revue de Chirurgie*, 1897.

2. *Thèse de Paudilés*. Lyon.

3. *Méd. Chronicle*, août 1897. p. 27.

4. Réunion libre. Ass. Chirurgie. de Berlin. Comptes-rendus. Janvier 1893.

5. *Annals of Sugery*, 1895, p. 181.

du cholédoque qui a beaucoup de chances de ne pas tenir.

Langenbuch, l'année dernière, a opéré deux femmes et un homme présentant tous les trois des symptômes d'obstruction du cholédoque qui durait déjà depuis longtemps; très affaiblis ils ont parfaitement guéri, grâce à la technique suivante : les calculs une fois extraits *il ne suture pas le cholédoque*, mais y introduit un drain entouré de gaze iodoformée qu'il pousse jusque dans le canal hépatique et toute la bile sort alors pendant les premiers jours par le drain.

L'expérience de ces dernières années a démontré qu'il n'y a aucun danger à supprimer la cholécorraphie remplacée bien entendu par un bon drainage ; par contre, la suture est très périlleuse parce qu'elle prolonge l'opération, et elle est suivie quelquefois d'accidents excessivement graves et fort difficiles à combattre.

Plusieurs raisons militent en faveur du drainage du cholédoque ; tout d'abord, les sutures abrègent l'opération qui doit être rapide ; la difficulté est souvent grande de placer une suture solide sur une paroi qui est devenue friable par son inflammation, parfois même, la profondeur de la région rend toute tentative inutile ; cette suture pour être efficace sera presque toujours très pénible à exécuter, la bile filtrant à travers l'incision. Supposons même qu'elle ait paru complète, les suites opératoires montrent qu'il n'en est pas ainsi car, dans les deux tiers des cas, une fistule biliaire n'est pas évitée. Cette suture est donc inutile, bien plus, elle peut être nuisible, car elle constitue un agent d'irritation ajouté à l'inflammation déjà existante du cholédoque. Voilà dès lors ce qui peut

se produire, la muqueuse se congestionne, oblitère mécaniquement la lumière du canal et la pression rétrograde de la bile fait sauter les sutures.

Au contraire, le drainage méthodique du cholédoque, favorise l'atténuation des lésions inflammatoires des voies extra et intra-hépatiques, l'issue libre des concrétions ou de caillots qui ont pu persister ainsi que de la bile, dès lors, c'est spontanément que la partie inférieure du cholédoque a recouvré sa perméabilité et que la guérison surviendra.

Nous verrons plus loin à quelles complications peut donner lieu la suture du cholédoque. Notre opinion est donc, que dans la majorité des cas il est préférable de recourir au drainage du cholédoque; pourtant dans le cas où l'on trouverait une paroi peu enflammée, c'est-à-dire, assez résistante et ayant une muqueuse peu ou pas épaissies, et où l'accès de la région serait aisé et la prolongation de l'opération pendant quelques minutes serait sans inconvénients, on serait en droit d'effectuer la suture, tout en assurant l'écoulement de la bile dans le cas où les fils lâcheraient; c'est ainsi que nous trouvons dans plusieurs de nos observations la suture pratiquée et suivie du drainage.

Certains auteurs pourtant espèrent que cette suture réservant tout au moins l'issue de la bile favorise la formation des adhérences et évite l'inondation péritonéale.

Riedel (1) insiste sur ce fait : que les résultats opéra-

1. XXVII^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1898.
D'après la *Presse médicale*, 27 avril 1898, n. 37.

toires varient suivant que la bile est infectée ou non. Souvent même la cause de la désunion des sutures n'est autre que l'infection biliaire, et c'est à elle que revient la péritonite septique qu'on observe en pareil cas. Il serait donc intéressant d'être renseigné sur l'état de la bile avant l'opération ; malheureusement, on ne possède encore aucun signe positif permettant de se prononcer d'une façon précise. On peut soupçonner l'infection biliaire quand on trouve un état de faiblesse persistant entre les crises.

Supposons donc que nous nous soyons décidé à saturer le cholédoque avec la fine aiguille de Reverdin, on placera une première série de points séparés qui réuniront muqueuse à muqueuse, au-dessus, une seconde rangée de points complètera l'occlusion du canal ; la suture muqueuse sera faite au catgut pour éviter la persistance des fils qui pourront être la source de nouvelles concrétions, au contraire, nous croyons préférable d'employer la soie plus résistante pour le second plan et de laisser un fil long sans le couper au ras du nœud, le faisant ressortir hors de la plaie cutanée, en cas de besoin, de pouvoir facilement retrouver le cholédoque. Puis, on fermera la plaie de la paroi abdominale comme dans toute laparotomie. Après avoir eu soin de placer un drain au contact de la culture cholédocienne dont il faut toujours prévoir la rupture avec irruption de bile.

Si le drainage du cholédoque (cas habituel) est jugé nécessaire, on placera un drain dans l'ouverture du canal commun de façon à en écarter les bords, mais il importe d'assurer la fermeture de la cavité péritonéale ; on réunira pour ce faire, le péritoine pariétal aux orga-

nes environnant la région, c'est-à-dire, le petit épiploon, la vésicule biliaire, le côlon ou le duodénum ; en un mot, on constituera un véritable pont qui s'étendra entre les voies biliaires et la peau. Il sera bon de renforcer cette barrière ainsi créée par un tamponnement de gaze stérilisée entourant le drain ; la plaie de la paroi abdominale sera rétrécie, ne laissant passage qu'au tube et à la gaze. Cette suture de la paroi est faite suivant les chirurgiens en trois plans (péritoine, muscles et peau) ou en un seul plan. Le pansement sera comme pour toute laparotomie, à condition d'être assez épais pour ne pas être immédiatement traversé par la bile qui coulera en assez grande abondance pendant les premières heures.

f) Suites opératoires. — La cholécotomie est toujours une opération laborieuse de longue durée, fatiguant le malade et dont le pronostic, même immédiat, doit être réservé. Le réveil se fait lentement, le pouls reste petit pendant toute la journée, la faiblesse est considérable, les vomissements sont souvent abondants et, chose remarquable, contiennent quelquefois un peu de bile qui a pu passer grâce au sondage du cholédoque. L'état général est donc assez inquiétant et fait mettre immédiatement en cause tous les moyens dont nous disposons pour l'améliorer.

Dès la fin de l'intervention on injectera plusieurs seringes de caféine, d'éther ; il est surtout utile d'introduire dans l'organisme une assez grande quantité de solution saline, habituellement par la voie sous-cutanée ; cette injection d'eau salée a un triple but : relever la présence artérielle, activer la diurèse et par lui-même la désintoxica-

tion du sang et enfin, augmenter les propriétés coagulantes du sang; ce dernier but est également important, car, on sait la facilité avec laquelle les ictériques saignent et d'autre part il est démontré que les injections salines constituent un puissant moyen hémostatique (Hayem). Nous faisons remarquer que chez ces malades il pourrait être utile dans ce même but d'administrer, les jours précédant l'opération, du sulfate de soude suivant le procédé de Reverdin. (1)

Grâce à cet arsenal thérapeutique l'opéré reprend habituellement assez bien; le soir même son état est le plus souvent très amélioré, le pouls est encore un peu rapide mais assez fort, la température est près de 37°, les douleurs sont assez modérées, parfois on *est forcé de renouveler déjà le pansement*, pourtant, il est assez rare qu'il se produise dès le premier jour une grande débâcle biliaire.

Les jours suivants, l'état général continue à rester assez bon, quoique l'affaiblissement persiste encore, on est obligé de continuer en particulier les injections salines, les vomissements deviennent moins fréquents, mais empêchent de satisfaire à la soif des malades, on peut y remédier en partie par des lavements d'un verre d'eau bouillie.

Le pansement sera renouvelé une ou deux fois par jour et l'on verra souvent alors, vers le deuxième ou troisième jour, l'écoulement biliaire acquérir son maximum; au début, en effet, cet écoulement était gêné par l'épaissis-

1. *Congrès de chirurgie*, 1897.

sement de la bile, dans les cas où celui-ci persisterait, quelques auteurs ont recommandé le salicylate de soude comme un des meilleurs remèdes (Chauffard, Quénu).

La température monte souvent jusqu'à 38,5 pendant les premiers soirs ; et d'ailleurs, il n'y a pas de réaction péritonéale et il s'agit très probablement d'une fièvre due autant à l'intoxication biliaire qu'à la légère infection de la plaie par la bile altérée.

L'état général s'améliore progressivement, l'appétit apparaît, la langue est meilleure, l'opérée supporte bien une assez grande quantité de lait, mais, bien que l'écoulement biliaire se fasse très librement, l'ictère ne varie presque pas. Il y a évidemment encore de la rétention intra-hépatique, les urines contiennent toujours, en quantité variable, des pigments biliaires.

Au bout d'un certain nombre de jours d'ailleurs très variables, l'écoulement par la fistule diminue, puis, les selles se colorent progressivement ; dès que cette coloration apparaît en entier le drain du cholédoque de la fistule biliaire se ferme spontanément ; parfois pourtant elle persiste encore. Au bout de quelques semaines, on peut favoriser alors sa fermeture soit en l'oblitérant mécaniquement par des bouchons de coton ou même de bois, soit en suturant les bords de la fistule.

Telles sont donc les suites habituelles de la cholédocotomie ; nous verrons plus loin qu'elles peuvent être entraînées par diverses complications ; mais, à côté de ces résultats immédiats excellents, il faut également envisager l'avenir pathologique du malade, c'est-à-dire la possibilité d'une récidive ; si en effet, la cholédocotomie principale-

ment avec drainage a amélioré l'état des voies biliaires, il ne faut pas trop compter sur une restitution complète *ad integrum*, aussi nous ne pouvons que souscrire à l'opinion des cliniciens qui jugent le moment venu de mettre en jeu une thérapeutique médicale prophylactique ; son efficacité est vraiment réelle et mettra les lithiasiques en garde contre de nouveaux accidents. Nous voulons surtout appeler l'attention sur les cures minérales bicarbonatées sodiques comme Vichy et Karlsbad ; elles empêcheront la production de nouveaux calculs et favoriseront l'élimination des concrétions qui ont pu rester dans les voies biliaires supérieures. Dans cette dernière éventualité il faudra donc attendre une guérison complète de l'opéré, afin de ne pas reproduire intempestivement des coliques hépatiques.

Avant de quitter ce chapitre de technique nous dirons quelques mots sur deux autres opérations qui ont été faites pour remédier à l'obstruction du cholédoque dans la portion duodénale, mais dont l'exécution est de plus en plus abandonnée au profit de la cholédocotomie :

La cholédocolithotripsie. — Cette opération consiste dans le broiement des calculs fixes à l'aide des doigts ou d'une pince dont les branches sont garnies d'un tube en caoutchouc et cela à travers les parois du cholédoque intactes, puis on tâche de mobiliser les fragments avec les doigts vers la vésicule plutôt que vers le duodénum.

Langenbuch pratiqua le premier la *cholédocholithotripsie* et il put refouler les fragments calculeux vers la vésicule qu'il extirpa ensuite ; mais ce ne fut que trois mois

plus tard que Courvoisier (1) fit la première lithotripsie complète et suivie de succès. Son exemple a été suivi par de nombreux chirurgiens, en particulier par Crédé, Thornton, Kocher et surtout par Mayo-Robson qui a publié 12 cas, puis par Thirier et Roux.

Pour que la lithotripsie biliaire soit applicable il faut des conditions qui ne se trouvent pas souvent réunies : d'abord le calcul doit être d'une consistance faible ce qui est exceptionnel et, en outre, que les parois du canal ne soient que peu altérées ce qui est encore une exception, de telle façon que, l'évacuation du broiement d'un calcul dur et à travers des parois friables et minces est une pratique plus dangereuse que la taille franche du cholédoque.

Dans plusieurs observations l'opérateur après avoir essayé inutilement la thripsie dut recourir à l'incision du canal, mais nous, nous croyons nuisible les efforts pratiqués sur les parois enflammées, le cholédoctomie doit la remplacer le plus possible.

Refoulement du calcul. — L'intervention idéale pour les calculs mobiles et facilement mobilisables de la région sus-duodénale du cholédoque, c'est son refoulement de bas en haut vers le canal cystique et terminer l'opération^a par une lithotomie choledoqueienne par voie cholecystique (M. Baudouin).

Les conditions nécessaires à cette manière de faire ne sont pas favorables à cause de la disparition presque totale de la vésicule et du canal cystique, dont la lumière

1. Voy. M. Baudouin. *Les nouvelles opérations sur les voies biliaires*, 1897. *Progrès médical*.

est notablement rétrécie pour laisser passer un gros calcul et même ses fragments. Cependant, il y a des cas dans lesquels la vésicule pour affaissée qu'elle soit, contient un peu de liquide et le canal cystique des calculs qui ont conservé la perméabilité du conduit qui nous servira à l'extraction des calculs du cholédoque par cette voie agrandie, s'il le faut, par une véritable cysticotomie.

C'est ainsi que plusieurs chirurgiens, Routier, Tuffier, Michaux, Lejars sont arrivés par ces manœuvres à l'extraction de calculs du cholédoque par les voies supérieures.

VARIATION DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Jusqu'ici nous avons considéré la cholédecotomie simple et primitive, mais ces cas ne sont pas fréquents, il s'en faut de beaucoup; très souvent le chirurgien est obligé par des circonstances diverses de faire des opérations préliminaires ou associées qui font que la cholédocotomie n'est pas la seule pratiquée.

Sur les 72 faits que Jourdan a rassemblés, 26 fois la cholédocotomie fut pratiquée seule; ce qui veut dire en d'autres termes que dans 36 pour 100 des cas, la lithiase biliaire était limitée au cholédoque et n'intéressait pas les autres voies d'excrétion (Vautrin).

Sur 18 cas d'obstruction calculuse du cholédoque, Haasler, dans un seul de ces cas, a été obligé d'inciser le duodénum pour avoir le calcul; dans tous les autres, le calcul a pu être extrait après décollement du duodénum.

Dans la technique opératoire qui précède nous nous

sommes borné à l'étude de l'enclavement du calcul dans la partie *accessible* du canal, mais on les a trouvés aussi dans la portion rétro-duodénale ou pancréatique, moins fréquemment il est vrai, constituant par cela même une éventualité et presque une complication dont la solution commande une intervention plus complexe.

Les calculs de la portion rétro-duodénale du cholédoque ou près de l'ampoule de Vater sont parfois difficilement abordables par voie directe ; malgré le décollement possible de la deuxième portion du duodénum. Lorsque, on sent du calcul dans la tête du pancréas on peut également inciser celui-ci jusqu'à la rencontre de la concrétion (Vautrin), les chirurgiens qui se sont trouvés dans de pareils cas (Mac-Burney, Kocher, Pozzi, Terrier) ont choisi la voie duodénale, soit pour dilater ou inciser ensuite le canal choledoque dans l'ampoule, ou soit pour faire une incision du cholédoque à travers la paroi du duodénum et pouvoir ainsi arriver à l'extraction de calculs. Mac-Burney fit une *lithectomie cholédoquienne* par voie *duodénale* et Kocher un *cholédotomie trans-duodénale* (1).

Inversement, les calculs peuvent être enclavés dans la partie toute supérieure du cholédoque au niveau de la rencontre des gros canaux hépatiques, parfois même les calculs sont situés dans l'intérieur de ces canaux ; la technique opératoire quoique plus difficile sera en somme la même (incision du canal, extraction du calcul, drainage). Mais en réalité il s'agit plutôt ici d'*hépatostomie*, nous ne voulons pas y insister.

1. Voy. M. Baudoin. *Progrès Médical*. 1897.

Nous devons signaler ici certaines difficultés opératoires qui ont forcé les chirurgiens à pratiquer l'opération *en deux temps*. Dans le premier temps, découverte du cholédoque au niveau du siège du calcul, dans le deuxième incision du canal et extraction de la concrétion. Ce procédé a l'avantage de permettre la formation d'adhérences et pourrait être conservé pour certains cas de graves infections biliaires (Quénu), mais nous croyons préférable d'inciser en un temps le cholédoque après avoir établi une barrière efficace par des sutures.

Ce n'est pas seulement à cause du siège des calculs que le chirurgien devra changer sa façon d'agir, la coexistence d'une lithiase vésiculaire le forcera parfois à associer à la cholédotomie, la *cholecystectomie*, le plus souvent, ou bien la *cholescystotomie* quelquefois.

La *cholecystectomie* en rapport avec la calculose du cholédoque sera faite dans les cas où la vésicule par les altérations profondes de ses parois, aura perdu toutes les conditions physiologiques, qui font de cet organe un réservoir et un appareil de chasse biliaire, et dont la conservation est plutôt une source d'infection; ainsi donc, l'extirpation est indiquée lorsque son atrophie est complète et par suite sa pexie à la paroi abdominale impossible.

Naturellement on ne songe pas à pratiquer l'intervention sur la vésicule biliaire, lorsque celle-ci est absolument atrophiée et confinée au milieu d'adhérences restées introuvables pendant l'opération.

La *cholescystotomie* sera le *premier temps* d'une cholédotomie quand l'état du malade indique l'infection des

voies biliaires depuis longtemps ; la température à grandes oscillations ou continue, jointe à la faiblesse qui domine les intervalles des crises révèle une angiocholite chronique, qui décidera le chirurgien à faire une opération simple et courte comme la cholecystotomie, ayant pour but la désinfection de l'arbre biliaire.

Dans ces circonstances le bénéfice que reçoit le malade est immense, car la fièvre ou les poussées fébriles disparaissent, les douleurs cessent, l'alimentation est possible, le poids augmente et tous les phénomènes de rétention biliaire, sauf, la décoloration des matières, disparaissent, malgré l'imperméabilité du canal commun. C'est ainsi que, la cholédocotomie *secondaire* sera pratiquée plus tard dans de bonnes conditions de résistance du malade et avec une bile aseptique. (Obs. A. Elliot et de Berger).

M. le professeur Berger (1) a récemment opéré une malade que nous avons pu examiner dans son service : cette intervention imposée par l'affaiblissement, la fièvre continue et la rétention intermittente, s'est bornée à une cholécystotomie à cause de l'infection des voies biliaires.

Il s'agit d'une femme âgée de 34 ans qui, depuis 1894 a souffert de crises hépatiques de plus en plus rapprochées, parfois devenues sub-intrantes avec altération de l'état général, teinte *sub-ictérique*, constipation avec intermittences dans la coloration des matières, fièvre intermittente classique dans le mois de

1. P. Berger. *Leçon du cours de clinique chirurgicale de la Pitié*. Lundi 14 mars 1898.

janvier, puis continue, 40° le soir et 37° le matin par des intervalles de deux ou trois jours ; depuis peu les accès se présentent tous les jours avec frissons et chaleur. Le foie est augmenté de volume et la palpation réveille un point douloureux au niveau du bord externe du grand droit et à quatre travers de doigts au-dessous des fausses côtes sans pouvoir le rattacher à la vésicule du fiel, point douloureux que la malade montre aussi très nettement. Tous les traitements médicaux ont échoué.

Opération. — Mercredi 16 mars 1893. M. Berger, assisté de M. Picqué et de ses internes, fait une incision dans le bord externe du grand droit ; la vésicule biliaire est ponctionnée, on en retire environ 12 grammes de bile jaune d'or, exploration du canal cystique qui est libre.

M. Berger sent avec le doigt un calcul dans le cholédoque, fermeture du péritoine autour de la vésicule, suture de celle-ci à la paroi, puis ouverture pour établir un fistule biliaire.

Les jours suivants, écoulement abondant de bile mêlée de boue biliaire, disparition de la fièvre, amélioration considérable de l'état général, les selles restent décolorées ; vers le quinzième jour, colique hépatique avec accès de fièvre, sub-ictère ; puis disparition de ces symptômes. Actuellement, grâce à sa fistule, l'état général est excellent.

Mais si les conditions dans lesquelles se trouve le malade sont favorables pour faire une cholédocotomie associée à une cholecystotomie dans la même séance, alors, on fera d'abord, l'extraction des calculs vésiculaires pour se servir de la vésicule dans la recherche du cholédoque, puis, son évacuation ; on pratiquera, soit le refoulement des calculs vers la vésicule s'ils sont mobi-

lisables, ou bien l'incision franche du canal suivie, s'il n'y a pas d'impossibilité matérielle, comme la profondeur de la région, l'hypertrophie du foie, etc., de la suture du cholédoque ; car, la plaie de la vésicule servira de voie d'élimination à la bile infectée pendant que le canal se refait ; mais avant d'établir une fistule biliaire il faudra s'assurer que le canal cystique est perméable au moyen du cathétérisme, tout en étant prévenu que si la sonde ou la bougie exploratrice butte contre un obstacle en un point fixe, on ne peut nullement conclure à l'existence d'une oblitération, les valvules, qui occupent normalement la première partie du canal cystique étant susceptibles dans certains cas de constituer de véritables obstacles au cathétérisme (Hartmann). L'exploration digitale du canal cystique combinée au cathétérisme renseigne dans la plupart des cas sur la présence d'un calcul cystique.

La fermeture de cette fistule cutanée ne se fera pas spontanément dans tous les cas, et le chirurgien est forcé d'intervenir de nouveau quand le canal principal a repris sa fonction physiologique et quand l'examen bactériologique de la bile, indique l'asepsie de l'arbre biliaire (Terrier).

Il faut rapprocher de ces interventions sur la vésicule l'incision du canal cystique, la *cysticotomie* pratiquée à côté d'une cholédocotonnie pour extraire tous les calculs biliaires. Nous ne pouvons insister sur la technique de cette intervention, non plus, que sur celle des opérations sur la vésicule.

COMPLICATIONS

Nous n'avons jusqu'ici étudié que les suites normales, favorables, suivies de guérison, de la cholédocotomie. Mais elles ne sont pas toujours telles ; en effet, la mortalité que nous verrons encore élevée, de cette intervention est due à des complications post-opératoires qui apparaissent plus ou moins tôt après l'intervention. Nous devons maintenant les étudier.

Collapsus. — Parfois le shok opératoire est considérable, la malade maigre, affaiblie au cœur, fatiguée, intoxiquée par la rétention biliaire ne se réveille pas, son pouls est filiforme, rapide, irrégulier, la température basse et malgré tous les efforts, cet état ne fait que s'accroître, la mort survient quelques heures après l'intervention.

Dans d'autres cas, cette issue fatale n'arrive que plusieurs jours après ;

Les deux ou trois premiers jours ont paru satisfaisants ; puis, tout à coup, le pouls faiblit, une syncope survient et la malade est emportée en quelques instants.

Dans d'autres circonstances enfin, ces accidents de collapsus sont moins redoutables, ne sont que passagères et la malade peut être ranimée.

Cette faiblesse générale post-opératoire est fréquente après les cholédotomies, on l'observera, d'ailleurs, surtout chez des sujets gravement infectés ou dont la lésion lithiasique remontant à plusieurs mois ou même plusieurs années a fortement compromis toutes les fonctions de l'organisme.

Nous ne reviendrons pas sur le traitement des accidents de collapsus qui doivent être surtout préventifs et dont nous avons parlé dans les suites opératoires.

HÉMORRHAGIES

Nous avons parlé dans la technique opératoire de la possibilité d'hémorrhagies de sources diverses pendant l'intervention; presque toujours on s'en rend maître assez facilement par la forcipressure, la compression, dans certains cas, on pourrait recourir à des applications de gélatine suivant le procédé de Carnot, ou bien la douche d'air surchauffé à 300°, 400° degrés, l'hémorrhagie s'arrête presque instantanément (Hollinder.) (Obs. de MM. Schwartz, Michaux, Ricard).

Plus graves seront souvent les hémorrhagies secondaires, on a moins de prise sur elles; elles peuvent même dans l'état de faiblesse du malade passer parfois inaperçues.

Le plus souvent elles auront, pour point de départ, une adhérence rompue qui ne saignait plus à la fin de l'intervention; parfois c'est la paroi même du cholédoque qui saignerait soit au niveau de l'incision, soit au niveau de l'implantation du calcul sur la paroi altérée.

Ces hémorrhagies peuvent être le plus souvent arrêtées soit par un simple tamponnement dans l'intérieur de la plaie, soit en pinçant le point saignant si l'on peut l'apercevoir. Elles se produisent dans les premiers jours qui suivent l'intervention, mais quelques fois assez tard, six

jours après l'intervention dans un cas de M. Quénu. Il est rare que ces hémorrhagies soient mortelles. Bilhroht en donne un cas survenu au septième jour. Quénu a perdu une de ses malades au troisième jour par hémorrhagie intra-canaliculaire et cholé'omie consécutive.

Il faut donc surveiller avec soin les cholocotomisés sous ce rapport et recourir préventivement aux moyens généraux hémostatiques (injection saline, sulfate de soude, calcium).

Epanchement péritonéal. — Nous voulons parler ici des cas, rares d'ailleurs, où, après suture du cholédoque et fermeture complète de l'abdomen, la suture cholédoquienne a sauté et la bile s'est répandue dans le péritoine. Nous en avons relevé deux cas (Riedel et Schwartz) où la mort est survenue le quatrième et le deuxième jour. Dans ces deux cas il n'y avait pas de lésions péritonitiques très marquées, mais la résorption de la bile plus ou moins infectée a achevé les malades déjà affaiblies. Nous le répétons, cet accident est rare, car presque toujours lorsqu'il y a rupture du cholédoque c'est vers l'incision de la paroi que s'échappe la bile en produisant une fistule ; néanmoins, la possibilité d'une telle complication exige que l'on draine toujours au niveau du cholédoque même quand on a suturé le canal.

Péritonite et septicémie. Les infections soit purement péritonéales, soit généralisées, qui suivent l'opération sont relevées dans un certain nombre de cas, elles peuvent en effet, avoir plusieurs origines, nous n'insisterons pas sur la possibilité des fautes d'asepsie de la part de l'opérateur. Parfois l'infection péritonéale a eu nettement pour point de

départ un écoulement débile cystique au cours de l'intervention, enfin, deux cas sont signalés où elle a été due à la perforation du gros intestin au niveau des adhérences déchirées et à l'épanchement des matières au dehors du côlon (Hans, Kehr, Mayo-Robson).

Ces accidents péritonitiques peuvent se révéler par les signes classiques de la péritonite aiguë, mais ils peuvent être aussi marqués par l'état de faiblesse du malade, c'est dans ces cas particuliers que l'on observe la dissociation de la température et du pouls qui est d'un pronostic toujours grave.

Les symptômes d'infection sont parfois dus à l'état même du foie et des voies biliaires, dont la suppuration est trop avancée pour être améliorée par une intervention quelle qu'elle soit ; celle-ci au contraire, semblant donner un coup de fouet à la maladie. (JABOULAY-LAUENSTEIN).

Cholémie. — La cholémie est le syndrome dû à l'intoxication aiguë biliaire si, en effet, l'ictère ne s'accompagne pas habituellement de symptômes nerveux graves quelquefois éclatent des accidents liés à la résorption de la bile et ceux-ci ont été en particulier observés après la cholédotomie. D'une part, en effet, l'élimination est ralentie de par l'action des anesthésiques sur les reins, et d'autre part, en l'absence du drainage du cholédoque, celui-ci peut se trouver oblitéré. Cette oblitération est due souvent au gonflement simple de la muqueuse, lié à la cholédocite calculeuse, ce genre d'oblitération est ordinairement passager et sans gravité et explique le

retard du passage de la bile dans l'intestin. (Czerny-Quénu).

Dans d'autres cas les voies biliaires intra-hépatiques sont remplies de calculs et l'oblitération persiste. Malgré les interventions (autre cas de Quénu). Enfin, Quénu également a observé une oblitération similaire se terminant par la mort et qui était due à un épanchement sanguin abondant ayant rempli et bouché les voies biliaires.

Ces accidents de cholétomie éclatent un temps variable après l'intervention, ils sont caractérisés surtout par des symptômes nerveux (agitation, délire, prostration) et par une légère élévation de la température, avec augmentation des pigments biliaires. Devant ces signes qui ne s'observent guère que dans l'absence de drainage du cholédoque, il ne faut pas tarder aller ouvrir celui-ci et donner libre issue à la bile.

CHAPITRE III

Pronostic.

L'étude du pronostic de l'obstruction permanente du cholédoque ressort des éléments fournis par l'état fonctionnel du foie et surtout du rein, car, si la maladie est au foie c'est le rein qui est la porte de sûreté dans tous les moments de la durée de l'obstruction : le rein est au foie ce que le cœur est aux poumons ; les actes hépatiques peuvent être entraînés dans un degré considérable, qu'on reconnaît par les moyens que nous considérerons dans un instant ; même microscopiquement on trouvera au cours d'une intervention le foie profondément altéré (Quénu et Schwartz) et cependant, le sort du malade est en moindre péril, pourvu que l'émonctoire rénal dépurateur n'ait pas reçu le contre-coup de la maladie hépatique ; mais semblables conditions ne sont pas durables d'une façon indéfinie et tôt ou tard le rein devient lui aussi insuffisant par des lésions produites au cours d'un travail exagéré d'élimination.

L'insuffisance organique, nous disait M. le professeur Landouzy (1) est caractérisée par les défauts dans les mutations organiques au point de vue de la sécrétion des produits élaborés par le foie ou par le rein qui peuvent être qualitatives ou quantitatives.

1. Landouzy. *Leçon du cours de thérapeutique*, le 17 janvier 1898.

Le foie, en outre, a un rôle anti-toxique qui défend l'organisme contre les intoxications d'origine endogène ou exogène, de même que la sécrétion rénale est une sécrétion de défense de l'organisme.

C'est donc de la force des actes fonctionnels de la part du foie et du rein que le pronostic de l'intervention dépendra.

Voyons, d'abord, sommairement, quels sont les moyens que la clinique a à sa disposition pour nous rendre compte de ces mutations organiques en défaut de la cellule hépatique pour considérer ensuite celles du rein ; toutes les deux si importantes dans l'espèce par la corrélation intime des actes fonctionnels de ces deux organes.

C'est ainsi que, pour apprécier la valeur physiologique des éléments hépatiques nous sommes forcés de nous adresser à l'étude des modifications qualitatives de l'excrétion rénale, car, nous ne possédons pas actuellement des moyens cliniques pour interroger directement la fonction hépatique ; nous étudierons donc, les modifications de l'excrétion urinaire, dans leur quantité mais tout particulièrement dans leur qualité ; celles-ci, étant de beaucoup plus importantes et beaucoup plus suggestives. Nous renseignerons sur les actes fonctionnels du foie.

L'épreuve de la *glycosurie alimentaire*, utilisée pour la première fois par Colrat de Lyon, en 1875, est connue de tous pour que nous y insistions ; seulement, il faut se rappeler que, pour qu'elle indique un degré quelconque d'insuffisance hépatique, il ne doit exister aucun trouble dans l'absorption gastro-intestinale ni dans l'élimination rénale,

car, autrement, les résultats sont faussés comme l'a démontré M. Achard.

L'épreuve de Colrat a été pratiquée dans quelques observations de calculose du cholédoque, suivie parfois d'un résultat positif, c'est un bon élément de pronostic ; mais pour qu'il ait toute sa valeur, il faut qu'il soit accompagné des autres signes de l'insuffisance hépatique : urobilinurie, hypo-azoturie, indicanurie ; tous réunis ils dénotent une altération certaine dans la fonction cellulaire, tandis que isolée elle n'indique pas avec certitude que la cellule hépatique est touchée, car, d'après M. Linossier (1) de Lyon, la glycosurie alimentaire peut apparaître chez des malades sans affection hépatique et même chez des sujets bien portants.

L'*urobilinurie* est caractérisée par la présence dans le sérum et dans l'urine d'un pigment modifié, dit *urobiline* (Jaffé), elle est aussi un signe de déchéance fonctionnelle du foie (Hayem), elle se révèle par la coloration rouge plus ou moins foncée de l'urine, par son dichroïsme et est principalement reconnaissable par la bande d'absorption plus ou moins large donnée à l'examen prismatique, entre les bandes B et F du spectre. Mais l'urine peut renfermer le chromogène de l'urobiline (Disgué) dans ce cas l'addition d'une petite quantité d'eau iodo-iodurée oxyde le chromogène et la bande de l'urobiline apparaît sous l'influence de l'iode ou devient plus forte lorsqu'elle existait déjà.

M. le professeur Hayem et son élève Tissier ont trouvé

1. Linossier. *De la glycosurie alimentaire, méd. mod.*, n° 33, 1898,

constamment l'urobiline chez tous les hépatiques dont la cellule avait subi une dégénérescence granulo-graisseuse.

Ainsi donc le pigment *urobiline* décélé à plusieurs reprises dans l'urine d'une lithiasique cholédoquienne nous indique sûrement que la cellule hépatique est touchée, renseignement très important pour la précocité dans l'intervention. *Le pigment rouge brun isolé* par Winter, est un pigment modifié, intermédiaire entre l'urobiline et la bilirubine ; l'acide nitrique nitreux donne dans l'urine à pigment brun une coloration d'un brun acajou plus ou moins sombre ; il indique aussi que la cellule hépatique est touchée.

Enfin, d'après MM. Gilbert et Veil (1), l'indicanurie serait un autre signe de l'insuffisance hépatique, quand elle existe sans troubles gastro-intestinaux ; la cellule hépatique altérée n'arrêterait plus l'indican même produit en quantité normale et de là un symptôme de la déchéance organique.

Quant à l'hypoazoturie, quoique observée fréquemment chez les lithiaques, elle s'explique non pas par une altération dans l'élément noble du foie, mais parce que les combustions organiques, sont ralenties chez ces malades dont la nutrition est réduite presque à rien (Rendu).

Nous voyons par cet exposé rapide qu'il existe en clinique un ensemble de signes à la fois simples et précis qui nous révèlent la valeur physiologique du foie dans l'ictère par rétention, de telle façon que nous pouvons dire d'avance, dans toute intervention par lithiasé du cholédoque,

1. Société de Biologie. Séance 19 mars 1898.

quelle est la participation du foie dans le succès ou l'insuccès de la cholédocotomie. Il est vrai que ces données cliniques nous renseignent seulement sur le fonctionnement du foie, sans nous déterminer ni le degré, ni l'étendue de la lésion hépatique, ce qui du reste est la même chose avec le rein ; il n'est pas moins vrai pour cela qu'ils sont assez insuffisants pour le pronostic de l'intervention, qui en somme dépend moins de l'altération fonctionnelle de la glande hépatique que de celle des reins.

Si l'insuffisance hépatique a été incriminée 7 fois sur 10 morts à la suite de la cholédocotomie simple nous ne trouvons pas dans ces observations les recherches préliminaires nécessaires pour en attribuer une mort semblable, nous sommes très incliné à croire plutôt que c'est à cause du mauvais état fonctionnel des reins, ce qui est d'accord avec de nouveaux faits, que l'issue fatale est arrivée.

Nous avons dit que nous considérons comme importante la participation des reins dans le pronostic de l'intervention, ce qui nous mène à dire quelques mots du rôle du rein à ce point de vue.

Au cours de l'obstruction calculieuse du canal commun, le rein est forcé de suppléer le foie et de défendre l'organisme contre les toxi-infections d'origine endogène et exogène par leur élimination à travers le filtre rénal, de même qu'en évacuant les éléments composants de la bile ; il en résulte une surcharge fonctionnelle pour l'émonctoire rénal qui se traduira dans un laps de temps plus ou moins reculé par des lésions, qui seront à leur tour la cause de son insuffisance.

Les troubles rénaux dus à l'insuffisance hépatique

d'origine lithiasique nous sont révélés par l'appréciation exacte de la perméabilité rénale, jugée par l'étude qualitative de la sécrétion urinaire. En effet, pour savoir ce que vaut le filtre rénal au point de vue fonctionnel, on emploie le bleu de méthylène ou bien le rouge de Lépine (Achard et Castaigne) en injection sous-cutanée (un centimètre cube d'une solution à 1/20), et la durée de son élimination en courbe continue cyclique, commençant au bout d'une demi-heure ou 1 heure maximum, nous indique la valeur physiologique du rein ; ce fait est très important à connaître à l'état pathologique, car il nous fournit un élément de pronostic de l'intervention dont la valeur est incontestable.

Ce procédé d'exploration rénale nous renseigne non seulement sur l'activité de la fonction urinaire, mais apporte aussi un procédé de plus pour l'exploration chimique du foie, mais d'après la forme intermittente de son élimination, complétant ainsi le syndrome urologique de l'insuffisance hépatique (Chauffard et Castaigne).

Mais ce qui est encore plus intéressant et instructif c'est que l'épreuve du bleu nous apprend que le rein est perméable, d'une façon parallèle aux autres éléments de l'urine, aux produits solubles toxiques éliminés, c'est-à-dire que l'hypertoxicité ou l'hypotoxicité est un rapport avec une perméabilité normale ou retardée au bleu de méthylène. (Charrin et Castaigne).

S'il nous est permis de faire une comparaison, nous dirons que nous possédons actuellement dans l'épreuve du bleu un réactif aussi précieux que la tuberculine ou la malléine ; si ces deux réactifs ne nous renseignent ni sur

l'étendue ni sur le degré des lésions, ils nous font un diagnostic mathématique de la tuberculose ou de la morve (1); de même, le bleu ou le rouge de Lépine nous renseignent sur la quantité de la perméabilité rénale et encore mieux sur la qualité de cette sécrétion de défense, sans rien préjuger sur l'étendue de ces lésions.

Comme l'observation et l'expérimentation se complètent en clinique, la première nous apprend aussi que la perméabilité rénale est proportionnelle à la quantité de liquide secrété; c'est ainsi que les crises polyuriques sont un gage d'une valeur de premier ordre dans les indications du pronostic.

En somme, dans le travail de dépuración de l'organisme c'est le rein qui en dernier terme est chargé de lutter si celui-ci faillit à son tour, l'intoxication générale est inévitable et la mort est à peu près fatale.

Dans les conditions où l'on pratique généralement la cholédocotomie, le foie est profondément touché, soit parce que le médecin est confiant dans une expulsion spontanée du calcul, d'ailleurs, très problématique, ou soit plutôt parce que le malade ne se décide que trop tard; alors, c'est en interrogeant l'émonctoire rénal d'après les données de la physiologie pathologique que le pronostic sera plus ou moins sombre, sans contre-indiquer l'intervention chirurgicale, le seul secours qui reste au malade; ces données indiquent que l'opération est d'urgence et praticable dans des conditions moins bonnes.

1. Nocard. *Leçon magistrale sur la tuberculose et de la morve faite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort le 18 juin 1898 et à l'occasion d'une visite de M. le professeur Proust avec ses élèves.*

CHAPITRE IV

Indications de la cholécodotomie.

De tout ce qui précède il résulte que la cholécodotomie est indiquée dans les cas d'obstruction calculeuse permanentes du cholédoque. Cette indication est absolument formelle, lorsque chez un sujet suffisamment résistant, nous nous trouvons en présence d'un tableau clinique qui est le témoin certain de cette obstruction, lorsque celle-ci a persisté malgré des moyens médicaux sérieux pendant trois à quatre mois ; dans ces cas, où le diagnostic est évident, il ne faut pas tarder davantage et laisser apparaître les lésions anatomiques profondes du foie et du rein : l'hésitation n'est plus actuellement de mise.

De même l'intervention sera immédiate sur des malades que nous observons pour la première fois, alors qu'ils sont atteints d'une façon évidente depuis un temps plus long (de quelques mois à quelques années), c'est surtout dans ces cas anciens qu'il faut étudier avec soin les différents organes et s'entourer de tous les renseignements possibles sur le fonctionnement du foie et du rein ; il y a des cas évidemment où toute intervention est inutile ; malade excessivement affaiblie, fébricitant, atteint à la fois d'insuffisance hépatique et rénale ; pourtant il est impossible d'établir de règles bien fixes ; c'est chaque

cas particulier qui devra donner son impression propre : ceux-ci n'admettant absolument aucune intervention, ceux-là au contraire autorisant le chirurgien à tenter une opération relativement plus bénigne telle que la cholecystotomie d'attente.

Les indications opératoires sont donc parfois souvent très nettes ; il n'en est pas toujours de même lorsque certain symptôme prédominant force en quelque sorte la main du chirurgien ; ce n'est pas alors à proprement parler la lithiasé du cholédoque qui pousse à l'opération, mais quelque'une de ses complications. Tel malade, par exemple est atteint de fièvre intermittente hépatique ou continue qui persiste d'une façon inquiétante et qui est liée à l'angiolite calculeuse (Berger) ; tel autre souffre de crises douloureuses, à répétition fréquente, souvent sans période d'accalmie complète et le malade en arrive à un état d'adynamie et d'amaigrissement progressifs, parfois sans ictère (Duret) (1). Chez celui-ci au contraire les démangeoisons liées à l'ictère constituent un véritable supplice, le sommeil est impossible et le malade est même poussé au suicide. (Obs. 1 et 7.).

Dans tous ces cas il y a urgence, à quelque époque que l'on se trouve, d'opérer.

Résultats opératoires. — Nous avons vu les différents éléments de gravité qui entourent la cholédocotomie et qui tiennent tant à l'affaiblissement du malade qu'à la difficulté de l'intervention. Les premières opérations ont même donné un chiffre de mortalité très élevé ; en 1895,

1. Congrès de chirurgie. 1897.

Jourdan réunissant 72 observations trouva 30,5 0/0 de morts, l'an dernier MM. Quénu et A. Claisse sur 95 cas comptaient encore 28 décès, soit 29, 4 0/0.

Nous avons pu réunir 154 cholédocotomies ; il semble que la gravité de l'intervention mieux réglée, pratiquée d'une façon précoce, ait diminué ; nous n'avons trouvé, en effet, que 33 morts, soit 21,5 0/0.

MM. Quénu et A. Claisse ont insisté récemment sur les avantages du drainage du cholédoque à la place de sa suture ; nous avons, d'une façon générale, adopté cette opinion. Ils ont trouvé une mortalité beaucoup plus faible dans les cas où le drainage avait été effectué de parti pris ou lorsqu'une fistule s'était établie malgré les sutures ; nous avons pu nous-mêmes comparer ces deux méthodes sur 104 cas. 31 Cholédocotomies sans sutures ont donné 6 morts (19,3 0/0) ; 73 cas avec sutures, 19 morts (26 0/0) ; ces derniers résultats restent donc pleinement en faveur du drainage du cholédoque.

Nous savons bien que cette statistique n'a qu'une valeur relative, étant données les conditions différentes dans lesquelles les chirurgiens se sont trouvés vis-à-vis de leurs malades ; elles ne sont point comparables. Cependant, la statistique globale ; nous indique que la mortalité diminue proportionnellement à l'expérience qu'a le chirurgien de l'opération et particulièrement à la précocité, de celle-ci, car nous pensons que la cholédocotomie par elle-même n'est pas si dangereuse qu'on le croit généralement ; ce sont l'infection profonde du malade et les lésions irréparables des parenchymes hépatique et rénale, produites par l'obstruction durable du cholédoque, qui

la rendent plus grave, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce pour que l'intervention ne soit pas trop retardée.

Résultats tardifs. — Les documents nous manquent pour établir d'une façon très détaillée les suites lointaines de la cholédocotomie ; pourtant nous possédons plusieurs observations où celles-ci se sont montrées très favorables ; la guérison ayant persisté pendant plusieurs années (Obs. 8). Une entre autres nous paraît particulièrement intéressante (Obs. n° 6) puisqu'elle établit que la restauration du cholédoque s'est faite complètement malgré l'absence de sutures du canal.

CONCLUSIONS

1° C'est Kümmel qui pratiqua, le 6 février 1884, la première cholédocotomie, nous proposons donc de la nommer l'opération de Kümmel.

2° L'obstruction permanente du cholédoque a habituellement une symptomatologie propre caractérisée par un passé lithiasique net et persistant longtemps, accompagné d'un ictère chronique variable d'intensité ainsi que la décoloration des matières, avec amaigrissement lent, avec augmentation du volume du foie et de sa sensibilité à la pression, sans dilatation de la vésicule, et enfin par la fièvre intermittente symptomatique.

3° Le diagnostic différentiel est facile dans la grande majorité des cas ; le diagnostic de l'obstruction permanente du canal commun est possible et même facile à faire quand l'affection se présente avec le syndrome clinique que nous avons décrit, d'après le grand nombre des observations que nous avons étudiées et celles qui accompagnent ce travail.

4° La découverte du canal et des calculs qui constitue un des temps difficiles de l'intervention se fera en prenant pour guide la vésicule biliaire, le bord suspenseur du

duodénum et surtout le bord libre de l'épiploon gastro-hépatique et l'hiatus de Winslow.

5. La technique opératoire comprend, après l'incision habituellement latérale de la paroi abdominale, cette recherche du calcul, l'incision du cholédoque, l'extraction des concrétions ; nous sommes d'avis de ne pas ordinairement suturer le canal, mais de le drainer pour favoriser la guérison de la cholangiocholite calculeuse et assurer l'évacuation des voies biliaires pendant les premiers jours. On est souvent forcé de pratiquer simultanément une opération sur la vésicule biliaire, dans d'autres cas on a intérêt à faire une cholécystotomie préalable pour désinfecter les voies biliaires.

6° Les suites de l'intervention habituellement normales sont parfois aggravées par des complications, telles que les hémorragies, le collapsus, la péritonite, la cholémie, l'insuffisance hépatique et rénale.

7° Le pronostic lié surtout à l'état général du malade, à l'état fonctionnel du foie et des reins, à l'ancienneté de l'obstruction a diminué de gravité dans ces dernières années. Le chiffre de la mortalité a passé de 30, 5 0/0 en 1895 à 21, 5 0/0 en 1898.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1.

Duplay. Crises de coliques hépatiques depuis 14 mois. Délire progressif. Sensibilité hépatique. Fièvre intermittente classique. Matières décolorées. Calcul cholédoque. Cholédocotomie. Guérison. Observation due à l'extrême obligeance de M. le professeur Duplay (inédite).

La nommée Marie Du..., 63 ans, domestique est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 6, le 25 août 1897.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un accident. Mère morte à 73 ans d'une tumeur abdominale.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans, très régulièrement, règles douloureuses, souvent accompagnées de syncopes. A l'âge de 18 ans la malade a eu les fièvres intermittentes ; celles-ci durèrent 6 mois : une anémie intense et une perte absolue des forces en fut la conséquence. Ces troubles peu à peu s'améliorèrent, et 6 ans plus tard, à l'âge de 23 ans, la malade put se marier. A l'âge de 24 ans, accouchement normal ; à 30 ans, la malade eut une pleurésie suivie de deux bronchites qui l'alitèrent pendant 3 ou 4 mois. Son mari était tuberculeux et son

état nécessitait des soins continus. A 37 ans, elle eut un deuxième accouchement ; cet enfant mourut à l'âge de 25 mois d'une broncho-pneumonie tuberculeuse. L'année suivante elle eut un troisième enfant, celui-ci est actuellement bien portant, ainsi que le premier d'ailleurs.

Les années suivantes se passèrent sans aucuns troubles ; la ménopause se passa normalement.

Maladie actuelle. — Il y a 14 mois, la malade eut, pour la première fois de sa vie, *une crise de colique hépatique*. Point épigastrique avec irradiation à l'épaule droite, vomissement bilieux, teinte jaune, matières décolorées au bout de quelques jours. Depuis ce moment tous les 3 jours vers trois heures du soir les douleurs épigastriques reparaissaient aussi vives que la première fois, accompagnées de vomissements et d'une *poussée fébrile*. Celle-ci débutait par des frissons auxquels faisait suite une période de sueurs, pendant laquelle le thermomètre montait à 40°. Parallèlement à la poussée fébrile la teinte jaune, *augmentait un peu*. Les matières étaient d'ailleurs *restées décolorées* depuis la première crise. Le foie n'est pas augmenté de volume. Il n'y a pas d'ascite ; ni albuminurie, ni sucre dans les urines ; des pigments en abondance. *Douleurs à la pression de tout l'hypochondre droit*, on n'y sent aucune tumeur.

Opération, pratiquée par M. le professeur Duplay, le 17 novembre, après l'échec de tous les *moyens thérapeutiques* auxquels la malade était soumise depuis 14 mois, sans aucune amélioration. Incision sur le bord externe du grand droit. Elle permet d'arriver assez difficilement, la malade étant très grosse, sur une vésicule considérablement rétractile et réduite à sa portion cervicale. Le calcul que l'on sent, siège au commencement du canal cholédoque, dans le carrefour de trois conduits,

cystique, hépatique et cholédoque. M. Duplay incise au bistouri les parois en coupant la poche à l'intérieur de laquelle les calculs sont sentis, et il extrait un calcul gros comme une grosse noisette. Quant aux autres ils sont fragmentés par la curette ; leur consistance est friable, leur couleur brique. La plaie cholédocienne est drainée à l'aide d'une mèche ainsi que la vésicule.

Suites. — Pendant les jours qui suivirent, la plaie ne donna issue à aucun nouveau calcul et il ne s'écoula que des quantités insignifiantes de bile. Les poussées fébriles ne reparurent pas, et la teinte jaune au bout de quelques jours, tendait manifestement à diminuer. Dès le quatrième jour forte diarrhée.

Six semaines après l'opération. — La teinte jaune a complètement disparu les poussées fébriles n'ont pas reparu depuis l'opération. L'appétit est revenu. Seules, les matières n'ont pas encore leur coloration normale, c'est le seul symptôme dont la cédation n'est pas complète. La plaie évolue normalement vers la cicatrisation. La malade rentre dans le service de M. le professeur Dieulafoy.

N. B. — Le 15 janvier M. le professeur Dieulafoy présente la malade avant sa leçon clinique, à l'amphithéâtre, et la malade même nous raconte à haute voix que ses démangeaisons étaient tellement fortes « qu'elle avait pensé une fois à se jeter par la fenêtre ».

Dernièrement, nous avons eu de ses nouvelles, elle se porte admirablement bien.

OBSERVATION 2.

Quénu. Crises hépatiques depuis huit ans. Ictère persistant à plusieurs reprises. Accès de fièvre. Foie hypertrophié. Amaigrissement. Cholécotomie avec drainage. Guérison. *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, tome XXIV, n° 21, p. 640, 14 juin 1898. — *In extenso*.

Sœur M..., âgée de 48 ans, a été soignée il y a déjà *sept ou huit ans* pour des *crises hépatiques* ; elles duraient deux ou trois heures, s'accompagnaient de douleurs dans le dos et dans les aines ; à leur suite les urines étaient toujours teintées, les crises se reproduisaient assez fréquemment sans laisser derrière elles aucune teinte ictérique des téguments.

Il y a un peu plus de trois ans une crise fut suivie d'un *ictère marqué* étendu à tous les téguments et aux conjonctives, les douleurs, au lieu de s'amender comme antérieurement, persistèrent à l'état de douleurs fixes, siégeant au niveau de la vésicule biliaire. Après quelques mois de cet état qui avait amené une anorexie complète et de l'*amaigrissement*, un beau jour, *l'ictère se dissipa*, l'appétit revint et son médecin lui conseilla d'aller faire une saison à Vichy ; mais à peine arrivée à Vichy les accidents douloureux et ictériques *reparurent*, et l'ictère ne s'est jamais dissipé depuis. En avril 1896, aggravation des symptômes, diarrhée à forme cholérique, *selles blanches infectes*, tellement copieuses, nous a dit son médecin de Senlis, M. Dureau, à qui nous devons tous ces détails, qu'on pouvait craindre une issue fatale tant était grande la prostration des forces.

La malade cependant se remit peu à peu de cette alerte et put

faire quelques heures de classe, mais son caractère s'était modifié, elle était *devenue triste, sombre et irritable*, gardant toujours son teint d'un jaune verdâtre ; de temps en temps apparurent quelques *accès de fièvre*. Une seconde saison à Vichy, l'huile d'olive à l'intérieur à la dose de 150 grammes, tout cela n'amena aucun résultat. En janvier 1898 il se produisit de nouveaux *accès de fièvre*, et une aggravation de l'état général rappelant celle de 1896 ; la constipation devint opiniâtre et il survint un météorisme nettement limité à la fosse iliaque droite. J'examinai la malade une première fois au dispensaire Péreire, je trouvai que *le foie débordait* le rebord costal de deux travers de doigt, la vésicule n'était sentie nulle part, je ne mis pas en doute l'existence d'une obstruction du cholédoque, et mon opinion fut partagée par M. Chauffard que je priai d'examiner la malade.

Opération le 22 mars, sous le chloroforme.

Incision le long du *bord externe* du muscle droit.

Une première difficulté dans l'orientation résulte de la fusion du péritoine pariétal avec le grand épiploon et le côlon transverse. Ces adhérences détachées, nous observons une fusion du côlon transverse avec le duodénum, et avec le bord antérieur du foie ; nous sommes obligé de pratiquer un décollement de la face inférieure du foie, d'avec la première portion d'intestin : nulle trace de vésicule biliaire ; il est impossible de se guider sur un rapport quelconque, tous les organes étant adhérents les uns avec les autres, mais en suivant la face inférieure du foie qui est relativement peu hypertrophié, et d'une teinte foncée, sans tubérosités cirrhotiques, j'arrive à sentir une masse dure dans la profondeur. Deux valves étant appliquées l'une pour relever le foie, l'autre pour abaisser le côlon et le duodé-

num, j'incise prudemment sur la masse dure et je découvre un calcul énorme, pyriforme, à grosse extrémité dirigée dans la profondeur. Il mesure, de sa grosse à sa petite extrémité, près de 9 centimètres ; son petit diamètre est de près de 2 centimètres au niveau de la grosse extrémité. Le calcul mis à nu, nous avons un instant d'hésitation, nous demandant, en raison de la forme, si nous n'avons pas affaire à un calcul de la vésicule biliaire : mais dans ce cas la grosse extrémité serait plus superficielle que la petite ; quoi qu'il en soit, à l'aide d'une sonde cannelée introduite au-dessus du calcul, nous faisons basculer ce dernier au prix d'une fragmentation de sa grosse extrémité ; nous constatons que la petite extrémité se prolonge dans le canal, comme le fourreau d'une pipe se continue avec son tuyau. Deux pinces ayant été placées sur les lèvres de l'incision, nous pratiquons le cathétérisme du canal biliaire : s'il s'agit d'une vésicule nous ne trouverons de prolongement canaliculé qu'en bas ; or, la sonde pénètre librement à chaque extrémité de la poche, celle-ci n'est donc pas un cul-de-sac, mais une dilatation située sur le trajet d'un canal. Un drain est placé dans cette poche sur laquelle il n'est pratiqué aucune suture, isolement de la cavité comme dans l'observation précédente. Durée de l'opération : une heure et quart. La bileensemencée, cultive (*Bactérium coli*).

Suites simples. De la bile en grande quantité les jours qui suivent l'opération, l'ictère diminue rapidement et au bout d'une douzaine de jours ne persiste plus que sur les conjonctives ; les selles restent, bien entendu, décolorées, et point fort intéressant, plus de quinze jours après l'opération, malgré le libre écoulement de la bile au dehors, on retrouve de grandes quantités de pigment biliaire dans les urines, *ce qui indique*

bien qu'un large drainage est insuffisant à désoblitérer d'un seul coup les voies intra-hépatiques. Le drain est enlevé le 7 avril ; le poids qui était de 52 kil. 250 au moment de l'opération est trois semaines après de 51 kil. 650, soit une diminution d'une livre. Trois semaines après, aucune trace de bile dans le pansement, vingt-cinq jours après, exeat. La malade est revue au commencement de juin dans un état de santé florissante, son teint est rouge, elle a engraisé et déclare avoir retrouvé l'appétit qu'elle avait perdu depuis quatre années.

OBSERVATION 3.

Heussner. Coliques hépatiques anciennes. Ictère à plusieurs reprises (matières brunes). Amaigrissement. Palpation douloureuse au niveau de la vésicule. Cholécotomie avec sutures. Cholécytomie idéale. Guérison. *Deutsch. medicin. Wochenschrift*, 1890, p. 766. In thèse Lepetit (*in extenso*).

Il s'agissait d'une femme de 38 ans qui, depuis l'âge de 15 ans souffrait de coliques hépatiques de plus en plus violentes et devenues intolérables depuis un an. A plusieurs reprises, elle a eu de l'ictère. Presque à chaque accès de coliques, la malade rendait avec les selles des calculs du volume d'un pois. Depuis longtemps elle était traitée sans succès par les médications internes, lorsque le 5 juin 1889 elle entra à l'hôpital.

Elle disait que depuis six semaines les douleurs ne l'avaient pour ainsi dire pas quittée, et que depuis cette époque elle ne trouvait plus de calculs dans ses selles.

Depuis quelque temps la malade a maigri beaucoup est devenue faible, nerveuse et très excitable. Elle se plaignait de maux de tête, de démangeaisons, de renvois accompagnés de vomis-

sements biliaires, de constipation. *Il y avait un peu d'ictère ; le foie n'était pas augmenté de volume*, la vésicule biliaire impossible à sentir. Au niveau, on sentait une résistance peu nette qu'il était impossible d'explorer en détail *à cause des douleurs*. Les matières fécales, plus pâles peut-être qu'à l'état normal, étaient pourtant *brunes*. Dans l'urine on trouvait des traces d'acides biliaires. Le diagnostic n'était pas difficile à faire, les antécédents indiquaient nettement la présence des calculs ; le tableau que présentait la malade était bien celui de la cholédotomie. Seulement, ce qui devait paraître surprenant, c'est qu'il n'y avait pas d'hypertrophie du foie, ni de stase dans la vésicule, que les matières fécales avaient gardé leur coloration brune et que la coloration ictérique de la peau était si peu accusée. Il était évident que l'écoulement de la bile dans l'intestin n'était pas complètement arrêté, et pourtant il devait exister un obstacle sérieux qui avait provoqué les symptômes de cholédotomie. Le siège de l'obstacle devait se trouver dans le cholédoque, à moins d'admettre l'existence de calculs hépatiques et une occlusion du canal hépatique. Enfin il fallait se rendre compte de la nature de l'obstacle : la lithiase biliaire était certaine, seulement on pouvait se demander s'il n'existait pas en même temps de néoplasme développé à la suite de l'irritation continue des voies biliaires par les calculs.

Il était temps d'intervenir si l'on prenait en considération *l'affaiblissement progressif de la malade*.

OPÉRATION, faite le 6 juin 1889. — Incision transversale de la paroi abdominale, à travers le muscle droit, au niveau où l'on sentait la résistance. L'hémostase est parfaitement assurée. Après quelques recherches on trouve la vésicule biliaire, grosse comme une noix, sous le bord du foie. La vésicule de mêm

que le canal cystique étaient, dans toute leur étendue, soudés à l'épiploon et à l'estomac, formant ainsi une tumeur peu limitée, située en grande partie sous le foie. Après la séparation des adhérences entre le fond de la vésicule biliaire et l'épiploon, ce dernier, qui forme une sorte de collerette autour du col de la vésicule, est suturé par quatre sutures au bord de la plaie afin d'empêcher la vésicule biliaire de se perdre, et principalement pour empêcher la sortie de la bile septique dans l'abdomen. Ouverture de la vésicule biliaire ; les parois sont épaissies, un demi-centimètre d'épaisseur, et indurées ; il s'écoule de la cavité une petite quantité, 20 c. c. environ, de bile normale. La muqueuse saigne facilement, mais présente une consistance normale.

Avec une pince à pansement et une cuillère non tranchante déjà décrite, on retire cinq calculs de cholestérine. Il était impossible de pénétrer plus avant et de faire le cathétérisme avec la pince à pansement, la lumière du canal cystique étant trop étroite et la vésicule n'admettant même pas le petit doigt. Par cette voie, l'exploration du canal cholédoque était donc impossible ; il ne restait plus qu'à rendre accessible le canal biliaire commun.

On sutura la vésicule et on alla à sa libération complète ainsi qu'à celle de ses canaux excréteurs jusqu'au duodénum. Cette partie de l'opération fut assez difficile ; toutefois, sans perdre trop de sang, on parvint à trouver dans le cholédoque, au niveau de son embouchure dans l'intestin, un calcul des dimensions d'une noix. En arrière de ce calcul principal on sentait un grand nombre de concrétions moins volumineuses. On essaya sans succès de repousser le calcul, soit dans l'intestin soit en arrière ; on échoua également dans la tentative d'ékra-

ser le calcul avec une pince à pansement entourée de caoutchouc. Pour triompher de l'obstacle, il ne restait plus qu'à inciser le canal cholédoque. On saisit par conséquent le calcul avec deux doigts et on incisa le cholédoque sur le calcul, dans une étendue de un centimètre trois quarts, jusqu'à son embouchure dans l'intestin.

Après que le calcul fut retiré, il s'écoula 100 c. c. de bile pure avec huit petites concrétions. Le calcul était allongé, et mesurait un centimètre et demi dans son plus grand diamètre, et ceci expliquait comment la bile parvenait encore dans l'intestin ; en plus, à sa surface, se trouvaient cinq facettes et autant de saillies. La forme du calcul ne permettait donc pas d'occlusion complète du cholédoque, et ceci expliquait en partie les phénomènes cliniques.

Revenons à l'opération.

En rapport avec la dilatation excessive du canal cholédoque, on trouva ses parois très amincies, et cette circonstance, de même que la profondeur à laquelle se trouvait le canal et l'impossibilité de l'attirer au-dehors, rendirent la suture très difficile. On peut dire que la suture de l'incision par laquelle il s'écoulait continuellement de la bile fut le temps le plus difficile de l'opération.

Même après la suture par application de huit sutures à la soie fine, l'occlusion n'était pas encore parfaite ; il s'écoulait toujours un peu de bile à travers les sutures quand on comprimait le canal avec le doigt.

Comme on pouvait s'attendre à une sortie de bile à ce niveau, on mit un drain double qui allait des points de suture à l'angle externe de la plaie abdominale qu'on ferme ensuite. Mais pour empêcher la bile de redescendre dans le petit bassin et de s'y

accumuler en provoquant une péritonite par stagnation, on donna à la malade une position particulière : les pieds du lit furent mis sur deux colonnettes en bois hautes de deux pieds et on retira le traversin de la malade en ne lui laissant qu'un oreiller de plumes. Il est évident que, dans cette position, la bile qui s'écoulerait serait obligée de prendre la voie des drains.

Déjà pendant l'opération, l'état de la malade ne fut pas sans inspirer des inquiétudes : le pouls était petit et disparaissait complètement par moments ; une pâleur extrême des téguments et les vomissements répétés interrompirent l'opération à plusieurs reprises. Aussi les trois premiers jours après l'opération, l'état de la malade était très inquiétant : le pouls était petit, sans toutefois dépasser 100. La malade ne pouvait garder que de la glace et de petites quantités de lait glacé ; tout le reste était vomi. Par le drain il s'écoulait une quantité considérable de bile, les matières fécales étaient devenues argileuses, l'urine était rare, concentrée, foncée. La plaie avait pourtant un aspect excellent, sans trace de suppuration. Au cinquième jour l'état devint meilleur : les vomissements cessèrent, le pansement n'était que faiblement coloré en vert, les matières fécales reprirent une coloration normale. Au septième jour l'état devint franchement bon, si ce n'était une faiblesse générale. Le pansement était sec, la plaie guérie par première intention jusqu'à la place occupée par le drain ; pouls à 86, vigoureux. La température ne dépassa jamais 37°,6, et les premiers jours se maintenait constamment autour de 36°,7. Au neuvième jour on put retirer le drain, et la plaie se cicatrisa en quatre jours.

Le 28 juin, par conséquent trois semaines après l'opération,

la malade quitta l'hôpital, guérie et dans un état de santé des plus satisfaisants.

OBSERVATION 4

Jaboulay. Crises hépatiques depuis 3 ans 1/2. Ictère intermittent puis permanent. Fièvres. Selles décolorées. Foie augmenté de volume et douloureux à la palpation. Calculose du cholédoque, compliquée de kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires. Cholédocotomie sans suture. Tamponnement à la Mickulitz. Guérison. (*In* thèse Paulidès-Lyon).

Conciergerie à Lyon, âgée de 52 ans. Son passé pathologique remonte à 8 ans, quand elle a contracté la grippe qui sévissait à cette époque à l'état d'épidémie. Son mari malade en même temps qu'elle a succombé pendant cette épidémie. Avant cette maladie elle a été toujours bien portante. Réglée à 14 ans, elle s'est mariée à 25. Comme enfants, elle n'a eu qu'une fille qui est vivante et se porte très bien.

L'état de sa santé, comme nous dit la malade, a été ébranlé depuis l'attaque de la grippe ; tour à tour, pendant des intervalles plus ou moins éloignés, pendant les hivers, elle était sujette aux fluxions de poitrine et aux rhumes qui l'obligeaient à garder le lit.

Il y a 3 ans et demi, elle a commencé à sentir des douleurs au creux épigastrique et au rebord costal avec irradiation à l'épaule droite ; ces douleurs étaient accompagnées quelquefois de vomissements glaireux.

Depuis cette époque, à plusieurs reprises, elle a eu des coliques hépatiques franches avec ictère et tout le cortège symptomatique de la rétention biliaire ; *les poussées d'ictères revenaient*

et *disparaissaient* en affaiblissant de plus en plus la malade, et la rendant incapable de rien faire, même en dehors des crises. Depuis le mois d'avril dernier, après des coliques hépatiques très fortes, l'ictère s'est installé d'une façon permanente, et en même temps la malade s'est aperçue que son foie grossissait, *et se plaignait d'accès fébriles avec frissons* ; son état faiblissait de plus en plus, à ce point que son médecin lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Elle entre le 27 septembre 1897 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 32, au service de M. Jaboulay. Ce qui frappe le plus à l'examen, c'est sa couleur, une couleur verte foncée, très foncée, presque noire, la malade est en pleine cachexie, elle parle avec difficultés ; *selles absolument décolorées*, urines très chargées. Son foie est *augmenté de volume*, son bord inférieur dépasse le rebord costal de six centimètres sur la ligne mamelonnaire, il est *très douloureux* à la palpation. Le pouls est de 80, la température 38°5 le soir, et 38° le matin. Urine, un litre par vingt-quatre heures, pas d'albumine, pas de sucre, pigments biliaires en abondance.

Le 29 septembre, opération par M. Jaboulay, incision médiane. Le kyste fait hernie par quelques boursoufflures dans le sillon qui sépare le lobe gauche du lobe droit. Événtration de ces boursoufflures qui mènent dans le kyste ; ablation de la poche qui contient aussi de la bile épaisse et noire et des calculs. Tamponnement de la cavité. La vésicule est atrophiée ; en relevant le foie on sent un calcul et des duretés dans le cholédoque. Incision du canal sur le calcul, il sort des masses boueuses et un calcul ; tamponnement à la mickulietz, on met quelques fils pour fermer la plaie abdominale et empêcher l'événtration.

Dès le lendemain, les selles commencent à se colorer un peu, la température baisse, dix jours après les matières sont presque normales.

Le premier pansement a été fait partiellement deux semaines après l'opération, et trois semaines après l'opération on enlève toutes les mèches. La malade s'alimente bien, prend des forces et le 29 décembre quitte l'hôpital en gardant encore une petite fistule et une teinte légèrement sub-ictérique

OBSERVATION 5.

Quénu. Crises de coliques hépatiques. Ictère chronique avec exagération après les crises. Amaigrissement. Foie gras et douloureux à la palpation. Légères poussées fébriles. Cholécotomie suivie de drainage. Guérison de sa rétention, pas de la cirrhose. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris. Tome XXIV, n° 21, p. 633, 14 juin 1893. (In extenso).*

A... W.,, âgée de cinquante ans, entre au Pavillon Pasteur, le 20 novembre 1893, pour un ictère dont le début remonte à *trente-deux mois*. Antérieurement, elle avait été sujette à des crises de coliques hépatiques ; l'une d'elles il y a deux ans, avait été suivie d'ictère persistant et de décoloration des matières fécales. Sept ou huit mois après, la jaunisse *reparut* pour ne jamais cesser depuis. En même temps, s'est développé tout le syndrome de la rétention biliaire chronique : décoloration des matières fécales, coloration ictérique des urines, augmentation de volume du foie, troubles digestifs et enfin l'amaigrissement. État au moment de l'entrée à l'hôpital : teinte ictérique foncée tirant sur le vert, urine acajou, *selles grises*, blanchâtres. Ni sucre, ni albumine.

Le foie est *très augmenté de volume* : au niveau de la ligne mamelonnaire, il déborde le rebord costal de 10 centimètres ;

ur la ligne médiane, il descend à 8 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. La palpation est douloureuse, il existe un certain degré d'ascite, souffle systolique à la pointe. Quelques jours après l'entrée à l'hôpital il survient des *crises douloureuses*, suivies d'une *exagération de la jaunisse*, de vomissements et d'agitation nocturne.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire nous montre une insuffisance du fonctionnement de la cellule hépatique. La malade ayant pris 250 grammes de sirop de sucre à 10 heures du soir, on retrouve du sucre dans les urines recueillies à minuit et demi et à 2 heures. Sauf de temps en temps quelques *petites montées du thermomètre* à 37,8, le soir (T. A.), l'état est apyrétique. Poids de la malade, 67 kil. 150 grammes.

Opération le 9 décembre 1897. — Incision verticale latérale sur le bord externe du droit, descendant à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, débridement transversal. Le foie est *énormément hypertrophié* et gênant, sa surface est de couleur brune, hérissée de tubérosités de différentes grosseurs, dures, attestant une dégénérescence cirrhotique avancée.

La vésicule biliaire est introuvable. L'exploration de l'hiatus de Winslow nous révèle l'existence d'un calcul volumineux occupant la portion sus-duodénale du cholédoque.

La mise à nu du calcul est pénible en raison de la circonstance suivante, nettement constatée déjà par moi au cours de diverses opérations similaires : Autour de la lithias cholédoquienne, comme autour de la lithias vésiculaire, il se développe des lésions de péritonite chronique qui, dans l'espèce, portent sur l'épiploon gastro-hépatique. Cette péritonite chronique et rétractile amène en fin de compte l'ascension de la petite

courbure de l'estomac et de la première portion du duodénum vers le sillon transverse du foie, le cholédoque se trouve du même coup remonté, pendant que la portion de la face antérieure du hile s'abaisse et déborde les fausses côtes.

Pour pouvoir inciser le cholédoque, il nous fallut après avoir fait écarter en bas le côlon transverse, faire basculer le foie vers le haut et en arrière vers la colonne vertébrale, de manière à découvrir sa face inférieure pendant qu'un aide tenait en bas l'estomac et le duodénum. De cette façon nous pûmes atteindre l'épiploon gastro-hépatique et l'aborder opératoirement sur une étendue grande comme une pièce de 2 francs ; à bout de doigt, nous déchirons avec une sonde cannelée le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique, nous pinçons et lions quelques veinules duodénales qui passent en avant du cholédoque ; replaçant alors l'index gauche dans l'hiatus nous incisons le cholédoque sur le calcul bien fixé. Des pinces de Kocher saisissent les lèvres de l'incision. Une bile noire, épaisse et boueuse, s'écoule immédiatement ; le calcul est extrait par un mouvement de bascule opéré avec la sonde cannelée. Nous plaçons un drain dans le cholédoque très dilaté, et à l'aide de sutures portant sur le péritoine, sur les organes voisins et sur des débris d'adhérences, nous constituons un entonnoir dont le sommet répond à la plaie du canal biliaire et dont la base est tournée vers la peau. Il eût été extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de placer des sutures sur l'incision du cholédoque. Gaze iodoformée autour du drain ; la plaie abdominale est partiellement suturée.

Dimensions du calcul : 27 millimètres sur 22 ; poids 6 grammes.

La bile est très septique et donne des cultures de *bactérium coli*.

9 décembre soir. Abondant écoulement de bile.

11 décembre. Bon état général, émission de gaz.

Le 14, on enlève un des 2 drains; abondant écoulement de bile.

Le 16, on enlève la gaze iodoformée.

Dans la plaie on trouve de la boue biliaire noire.

Malgré l'abondant écoulement de bile, dont la quantité a atteint jusqu'à 1.000 grammes par jour, le teint ne se décolore pas et les urines restent toujours ictériques, ce n'est qu'à partir du 20 que le teint s'éclaircit.

Le 24, on supprime le drain et on tamponne l'orifice avec un peu d'ouate sèche, ce qui n'empêche pas la bile de s'écouler. On essaie de faire le cathétérisme du cholédoque avec un stylet recourbé : on n'aboutit qu'à déterminer un saignement très abondant. Ayant essayé de rétrécir la plaie avec un point de suture et un fil d'argent, la piqûre de l'aiguille amena une véritable hémorrhagie. La malade a maigri depuis son opération, et son poids est descendu à 52 kilogrammes.

Cependant peu à peu l'orifice cutané se rétrécit et le 10 février, soit 2 mois après l'opération, la fistule est complètement close.

Le 12, les selles sont colorées, il n'existe plus du tout d'ictère, les urines ne renferment plus de pigment biliaire.

Le 16, œdème des jambes, augmentation de l'ascite, météorisme.

A la fin du mois, ces symptômes d'anasarque s'amendent, puis disparaissent. La malade se lève depuis longtemps et de-

mande son exeat. Guérie de sa rétention biliaire, non guérie malheureusement de la *cirrhose* qu'à engendrée la lithiase.

OBSERVATION 6

Hochenegg. Coliques hépatiques depuis 3 ans 1/2. Ictère. Amaigrissement. Foie très sensible et hypertrophié. Vésicule non perceptible. Cholédocotomie avec drainage. Guérison. (*In thèse Lepetit. (In extenso). Wien. Klin. Woch.*, 1891, p. 960.

Thérèse M..., âgée de 46 ans, souffrait depuis trois ans et demi de *coliques hépatiques*, se renouvelant à des intervalles variables, n'excédant pas deux mois et suivie chaque fois de *jaunisse* et de *coloration foncée des urines*. La longue durée de la maladie a produit un marasme croissant. Lors de son admission à l'hôpital, la malade présentait les symptômes de la jaunisse et son foie, très *sensible* à la pression, avait ses bords émoussés et *descendait* de trois travers de doigt au-dessous de la ligne des côtes. L'examen ne révélait pas d'augmentation de volume de la vésicule biliaire.

Le 20 décembre 1890, le Privatdocent Dr Hochenegg fit l'opération suivante :

Incision longue de 25 centim., le long de l'arc costal droite agrandie par une seconde incision perpendiculaire à la première.

On trouve la vésicule biliaire rapetissée et ridée, ne contenant aucun élément solide, mais il y avait des calculs très durs et appréciables au toucher à l'origine du canal cystique et dans le cholédoque; on ne peut ni les broyer de l'extérieur, ni les repousser dans le duodénum.

Les incisions furent pratiquées à une grande profondeur, et

directement sur les trois calculs contenus dans les canaux biliaires, et ces calculs furent extraits. Pour cela la main gauche, introduite dans le foramen winslowii, soulevait un peu le canal.

Par suite de la grande profondeur à laquelle on opérait, *les incisions ne purent être suturées.*

D'ailleurs après l'extraction des calculs, la première incision ne put être découverte. Après qu'on eut élanché la bile qui avait coulé, on pratiqua un tamponnement avec de la gaze iodoformée, et le ventre fut refermé par une suture à trois étages.

Par suite de l'écoulement de la bile, le pansement dut être changé dès le troisième jour. La convalescence eut lieu sans fièvre, la bile s'épanchant pendant six semaines par la plaie, mais en diminuant de jour en jour. Deux mois après l'opération, la fistule était guérie.

M. R. Franck a eu récemment l'occasion de revoir l'opérée, qui est restée en bonne santé. Au point de réunion des trois branches de la cicatrice, s'est développée une hernie de la grosseur du poing qu'on peut facilement réduire, et dans l'orifice de laquelle on peut enfoncer trois doigts. Elle est maintenue par un bandage.

B. N. (1) L'autopsie de la malade, morte huit ans après à la suite d'une pneumonie a démontré à M. Hochenegg que le cholédoque s'était reformé malgré l'impossibilité qu'il a eu alors de suturer le canal.

1. 27^e Congrès. *De la Société Allemande de chirurgie.* D'après *la Presse médicale.*

OBSERVATION 7

Jaboulay. Coliques hépatiques des reins. Ictère chronique. Fièvre. Calculs du cholédoque. Cholédocotomie avec deux points de suture. Guérison. (*In* thèse Jourdan).

Mlle R..., 50 ans, syphilis ancienne. Depuis cinq ans, coliques hépatiques très douloureuses et de plus en plus fréquentes. Saison à Vichy, il y a trois ans. Depuis deux ans, elle est obligée de rester au lit.

Teinte verdâtre. Urines acajou. Selles décolorées. Fièvre de temps en temps. *Elle a des idées de suicide*, qu'elle avoue au médecin qui nous l'adresse.

Opération par M. Jaboulay le 19 août 1894.

Laparotomie médiane. Vésicule de dimension moyenne. Le foie étant récliné en haut et à gauche, on se trouve dans une loge limitée en avant par le foie, en arrière par la face antérieure de l'épiploon gastro-hépatique, en bas par le pylore et l'estomac. On sent deux calculs dans le cholédoque. Incision directement sur eux, après avoir hésité entre cette incision et une cholédocolithotripsie, extraction de deux gros calculs de deux centimètres carrés. Le cholédoque a le volume d'une fémorale, et ses parois ressemblent à des parois artérielles. Deux sutures au catgut pour fermer l'orifice fait au cholédoque. Tamponnement à la mickulicz dans la loge qui est laissée ouverte en avant.

Sortie dix-neuf jours après (le tamponnement à la mickulicz ayant été enlevé au bout de dix jours). La fistule était fermée un mois plus tard, d'après les renseignements donnés au-

jourd'hui (17 avril 1894) par le médecin traitant. Actuellement l'opérée se porte admirablement : son teint est rose, et son poids a augmenté de 12 kilogrammes. Le 19 février 1898. La malade n'a jamais éprouvé la moindre douleur du côté de son foie depuis l'époque de l'intervention.

OBSERVATION 8

Jaboulay. Ictère chronique. Coliques hépatiques depuis douze ans. Foie volumineux. Calcul dans le cholédoque. Cholédocolomie sans sutures. Mort. *In* thèse Paudilès.

Le malade, M. de Ch..., âgé de 55 ans, souffre depuis douze ans de coliques hépatiques et, présente un *ictère* vert foncé depuis *deux ans*. Il a consulté plusieurs médecins et a fait plusieurs séjours à Vichy.

Au mois d'octobre, quand M. Jaboulay le vit pour la première fois, il le trouva dans l'état suivant : conservation de l'état général, bon appétit, pas de fièvre, les urines ne contiennent que des pigments biliaires, les selles sont décolorées complètement ; *le foie est très volumineux*, remplit tout l'hypocondre et flanc gauche et touche presque la crête iliaque, la vésicule biliaire n'est pas appréciable à la palpation. Tout cela fait penser à M. Jaboulay qu'il ne s'agit ni d'une tumeur ni d'une cirrhose, mais d'une obstruction du cholédoque par des calculs et propose l'opération, qui est acceptée.

Le 15 octobre 1895, M. Jaboulay procède à l'opération. Incision médiane allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, réclinaison du foie en haut. Le doigt sent profondément un calcul dans le cholédoque, incision sur lui, extraction d'un gros cal-

cul muriforme adhérent, mesurant en longueur un centimètre et demi sur presque autant de largeur. Deux autres calculs plus petits sont extraits aussi. Drainage à la gaze de la cavité prismatique dont le sommet est aux voies biliaires, la face supérieure au foie, la face inférieure à l'épiploon gastro-hépatique et à l'estomac. Suture de la plaie abdominale, issue de la gaze.

Le soir, douleur vive, spasme toutes les minutes, cela se calme le lendemain. Le malade peut uriner et fait des vents le deuxième jour. Issue de bile dans le pansement. Le malade ne souffre pas. Pansement le cinquième jour après l'opération, le malade a pris la veille 3 litres de lait, sur les conseils d'un médecin qui le voyait en secret. Cette énorme quantité de lait lui a donné une indigestion, le malade a vomi. Au pansement, l'estomac est sorti en parti de l'abdomen. Jusqu'à ce moment la température a oscillé de 37°,5 et 37°,1. A partir de ce moment l'état général faiblit un peu chaque jour et le malade meurt le douzième jour après l'opération.

OBSERVATION 9

Routier. Crises subintrantes depuis un an. Ictère verdâtre. Selles blanches. Urine acajou. Foie très sensible à la palpation. Vésicule imperceptible. Cholédocotomie. Cholécystotomie. Drainage du cholédoque. Guérison. Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris. Tome XXIV, n° 24, 14 juin 1898, p. 643 (*in extenso*).

Il s'agit d'un malade âgé de 51 ans, ayant eu sa première crise de colique hépatique en 1886, il eut trois ou quatre crises dans le courant de l'année, ce qui motiva une saison à Vichy.

Ce traitement modifia la maladie, les crises furent plus rares et plus légères; il faut arriver en janvier 1898 pour retrouver dans son histoire pathologique une crise qui, cette fois par exemple, est plus violente et plus longue, car elle *dure jusqu'au mois d'août, avec gonflement du foie.*

Ces crises disparaissent de nouveau pendant quatre ans; en septembre 1897, crise très forte, suivie alors *de crises plus faibles mais répétées, subintrantes.*

A chaque crise correspondait une modification dans la couleur des selles et des urines; celles-ci devenaient *acajou*, celles là *blanches.*

De cette époque jusqu'en avril 1898, malgré tous les traitements employés, l'état va empirant, si bien que ses médecins MM. Tisné et Chauffard, me font appeler pour me le confier.

Le malade est maigre, il a perdu quinze livres depuis trois mois, *l'ictère est verdâtre, les démangeaisons insupportables.*

Localement, le foie n'est pas gros, et on ne sent absolument pas *la vésicule*, tandis que la palpation de la région est *très sensible.*

Il nous parut qu'il s'agissait là d'accidents lithiasiques, et que la chirurgie seule pouvait apporter une amélioration dans cet état que les moyens médicaux usités n'avaient pu modifier.

Chez ce malade, j'ai trouvé une vésicule très petite, très adhérente au foie, j'ai dû l'en détacher à coups de ciseaux et très difficilement.

Cette vésicule ne contenait pour ainsi dire pas de liquide, elle était rétractée sur quatre ou cinq calculs gros comme de

petites noisettes et sur un plus grand nombre de petits de la grosseur d'un grain de plomb.

Une fois ouverte, vidée, lavée, il me sembla que son col était très rétréci, mais qu'elle se poursuivait par deux canaux *très dilatés* allant l'un vers le foie, l'autre vers l'intestin ; celui-ci, paraissant être le cholédoque, je l'explorai avec soin, et il me sembla que vers son extrémité, je faisais mouvoir un gros noyau, sans doute un calcul.

Usant de cette manœuvre qui m'a déjà réussi dans certains cas, j'enfonçai mes deux index dans la direction du canal, et, prenant le gros noyau senti entre les deux pulpes digitales, je le chassai vers moi, vers l'extérieur.

Cette manœuvre assez difficile à exécuter dans le cas particulier, me conduisit cependant au but cherché, j'amenai le calcul au point où s'implantait le col de la vésicule ; pour le faire sortir (il était du volume d'une grosse noix), je réséquai la vésicule et son point d'implantation.

Le calcul une fois enlevé, je pus avec facilité enfoncer mon index tout entier soit vers le foie, dans le canal hépatique par conséquent, soit vers l'intestin, dans le canal cholédoque ; nulle part je ne sentis rien d'anormal.

Pour refermer la grosse plaie faite au cholédoque, il eût fallu pas mal de sutures, je préférerai laisser, au moins au début, un libre écoulement à la bile, d'autant que je redoutais l'existence de calculs dans ces canaux si dilatés qui venaient du foie.

Le péritoine fut seul suturé au pourtour de la plaie du cholédoque, avec les crins de Florence que je laissai très longs.

Un drain fut *placé dans le cholédoque*, de façon à sortir au-dessus d'un point de suture de la paroi, tandis qu'un autre

drain et une mèche passaient au-dessous des voies biliaires et sortaient en dessous de ce point de suture.

Le reste de la plaie fut fermé.

Les suites furent des plus simples; deux jours après, j'enlevais le drain des voies biliaires, le lendemain j'enlevais le drain et la mèche péritonéales.

Six jours plus tard, j'enlevais les crins qui suturaient le péritoine aux parois du cholédoque. Quinze jours après mon intervention, la bile ne coulait plus à l'extérieur, le malade était guéri et rentrait chez lui quelques jours après.

OBSERVATION 10

Routier. Troubles digestifs et de l'ictère depuis 1893. Foie sensible, douloureux à la palpation. Vésicule grosse. Calculs dans l'extrémité terminale du cholédoque et au point d'émergence du canal hépatique. Cholécistotomie suivie de drainage. Mort. Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris. Tome XXIV, n. 21, 14 juin 1898, p. 643 (*In extenso*).

Il s'agit d'un malade âgé de 60 ans, grand, robuste, qui en 1893 avait été déjà soigné à Necker par M. le professeur Dieulafoy pour des *troubles digestifs et de l'ictère*.

En novembre 1897, il revint à Necker dans le service de mon collègue et ami M. le Dr Barth, encore pour de l'embarras gastrique et de l'ictère.

Depuis cette époque, il a fait trois séjours dans le service, refusant chaque fois l'intervention chirurgicale qui lui était proposée.

Quand enfin ce malade a consenti à subir une opération, en mai 1898, son *ictère était vert foncé*, ses matières complètement décolorées, ses urines noires.

Il éprouvait de *violentes* démangeaisons.

Le foie n'était pas gros, *mais sensible, douloureux* à la palpation ; de même pour la région de la vésicule qui ne faisait ni saillie ni tumeur.

Le diagnostic de mon ami Barth était très ferme ; il me présentait ce malade comme un calculeux, et je ne pouvais, étant donné ces signes, qu'accepter pleinement son diagnostic.

Chez ce malade, je fus mal impressionné dès qu'il fut endormi et avant d'ouvrir le ventre ; c'est qu'en effet, chez lui, je sentis la tumeur de la vésicule et je dis à Barth : « *La vésicule est grosse, nous allons trouver un cancer* ».

Le ventre ouvert, la vésicule était cachée tout d'abord par de nombreuses adhérences, mais celles-ci détruites, je mis à nu une vésicule grosse comme le poing, fluctuante, qui nous donna à la ponction 300 grammes de liquide vert bouteille filant.

J'ouvris cette vésicule, dont les parois très friables se déchiraient sous la traction des pinces ; il y avait un peu de boue biliaire que je nettoyai.

L'orifice du col de la vésicule me parut oblitéré ou tout au moins très rétréci ; l'exploration du cholédoque, rendue fort difficile par les fausses membranes qui fusionnaient tous les organes de la région, me permit cependant de sentir un noyau dur que je localisai dans la tête du pancréas.

Explorant ensuite la face inférieure du foie, je sentis un autre noyau dur, immobile ; j'en conclus de suite à l'existence de noyaux cancéreux secondaires.

Je suturai la vésicule ouverte, je drainai au-dessous d'elle avec un tube de caoutchouc et une mèche, et ne fus nullement surpris de voir dès le lendemain mon malade affaibli, baisser sen-

siblement et mourir quarante-huit heures après cette intervention.

Nous sommes tellement convaincus, depuis surtout les travaux de Courvoisier, dont j'ai eu à maintes reprises l'occasion de constater l'exactitude, que la dilatation de la vésicule correspond à un cancer, tandis que son atrophie, sa rétraction, correspondent à des calculs, que je considérais mon opéré comme un *cancéreux*.

Or, l'autopsie faite en présence de M. Barth nous a montré qu'il n'en était rien, et qu'il s'agissait de calculs.

Ici, comme dans le cas où j'ai obtenu une si prompte guérison, c'était bien de calculs qu'il s'agissait, et, comme dans ce cas, de *gros calculs situés dans l'extrémité terminale du canal cholédoque* très dilaté, d'une part, calcul que j'avais pris pour un noyau *cancéreux* de la tête du pancréas ; et aussi d'un calcul situé au point *d'émergence du canal hépatique* et que j'avais pris pour un cancer du foie.

Il est certain que si au lieu d'une vésicule dilatée et kystique j'avais trouvé une vésicule petite et rétractée, j'aurais poursuivi mes recherches, j'aurais mis à nu les deux noyaux que j'avais sentis, mais cet état de la vésicule m'a tellement influencé, m'a tellement fait admettre l'existence du cancer, que j'ai au contraire abrégé mes recherches, et cru devoir réduire au minimum une intervention qui, dans mon esprit, ne pouvait pas donner une solution définitive.

Pourquoi donc ce malade est-il mort ? Le reste de l'autopsie va nous l'apprendre : le foie était absolument décomposé, la rate énorme et diffluente, *les reins eux-mêmes étaient malades* ; je crois donc que même si j'avais pu enlever ses calculs, le malade n'aurait pas moins succombé.

OBSERVATION 11.

Wood (1). Crises douloureuses depuis huit ans. Ictère. Fièvre intermittente hépatique. Affaiblissement rapide. Vésicule distendue. Cholécotomie avec drainage de même pour la vésicule. Guérison. (Traduction inédite, *in extenso*).

Mme B..., âgée de 28 ans, est envoyée au docteur White par le docteur Middleton. Depuis sept ou huit ans, elle a souffert de *crises douloureuses irrégulières*, augmentant d'intensité, à de fréquents intervalles. Depuis mars 1894, elle souffrit pendant six mois et eut une très grave colique hépatique, qui dura trois jours. Son état commença à baisser en 1895, où les crises commencèrent à s'accompagner *d'ictère*. Depuis quatre mois les crises ont été accompagnées d'attaques *de fièvre intermittente avec de fortes élévations de température*, qui atteint parfois 105 F.

Depuis deux ou trois semaines, elle éprouve de *violents frissons* chaque jour, parfois deux fois par jour. Jaunisse très forte, *affaiblissement rapide*.

On découvre, sous le rebord costal droit, une tumeur qui paraît être la vésicule biliaire distendue.

Diagnostic. — Calculs biliaires; obstruction du canal commun.

Opération. — Cholédocholithotomie. L'incision habituelle fut

1. *Remarks on the Occurrence of Galle Stones, with Cases.* By J. William White, M. D., and Alfred C. Wood, M. D. de Philadelphia, University Medical Magazine, Vol. X, n. 9, June. 1878, p. 151, Cas. VIII.

faite et la vésicule découverte avec difficulté. Comme *elle était distendue*, un trocart y fut introduit et son contenu vidé. L'ouverture fut agrandie et un doigt introduit. Un calcul fut trouvé engagé dans l'orifice du canal cystique. Il est extirpé rapidement.

Avec le doigt laissé en place comme guide, l'index et le médus de la main droite furent glissés sur le trajet du canal et découvrirent un gros calcul dans le cholédoque. Il est impossible de le déplacer. Le canal est incisé, le calcul est enlevé rapidement. Le calcul est de forme cylindrique, à surface mûriforme, mesurant un pouce de longueur, trois quarts de pouce de diamètre. La profondeur de la région et les adhérences empêchent de sentir la suture du canal, *son incision fut laissée ouverte*. Une mèche de gaze fut placée comme guide à une décharge biliaire, de ce point à la surface de la plaie abdominale, un tube à drainage introduit dans la vésicule et la paroi abdominale suturée en partie.

La convalescence fut très satisfaisante et sans incident. La malade quitta l'hôpital avec la fistule biliaire encore ouverte. Une lettre du docteur Middleton constate que la fistule est fermée et que Mme B. est en excellent état.

OBSERVATION XII

Schwartz et Michaux. Crises hépatiques à plusieurs reprises. Ictère général, jaune clair. Gros foie. Cholécotomie avec suture, drainage et cholecystotomie. Guérison. Observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Schwartz et M. Michaux, chirurgien de l'hôpital Broussais (inérite).

Madame G..., 56 ans.

Amaigrissement depuis trois ans, en août 1895 grave colique hépatique avec vomissements. Reprise en octobre 1895; seulement quinze jours au lit; pointes de feu.

Reprise mars 1896. Ictère persistant à la suite d'une colique, vert olive Vichy. Vichy 21 jours, *s'éclairait comme teinte* fin Août 1896. Quatre mois sans manger.

Depuis le commencement de 1897 les crises paraissent sans souffrir beaucoup; dernière crise le 18 juillet 1897. Pas de fièvre; vue pour la première fois le 23 juillet 1897.

Femme amaigrie, mais conservant bon aspect. Ictère généralisé, *jaune clair*, sans appétit, démangeaisons.

Examen local. — Foie gros surtout à droite sous les fausses côtes, gros prolongement vers la fosse iliaque, on ne sent pas bien la vésicule. Urine acajou mais pas d'albumine, ni sucre; elle a rendu par les selles des graviers biliaires en assez grande abondance lors de la dernière crise.

Opération le 26 juillet 1897.

Incision latérale de dix centimètres environ, on tombe sur un foie assez normal comme volume: gros.

Au-dessous, on découvre la vésicule tendue, à parois épaissies, on la décolle difficilement; le parenchyme du foie est décollé.

Il s'écoule un liquide transparent, filant, épais, mais avec aucune communication avec les voies biliaires: c'est un *kyste*.

L'exploration du cholédoque montre un gros calcul (noisette) dans le canal immédiatement au-dessous du duodénum impossible de l'inciser ni de le mobiliser. Section transversale du droit antérieur de la peau.

Puis le paquet sur le doigt, *taille* cholédocienne, ablation des calculs, 9 points de sutures sur l'incision à la soie (le duodé-

num n'est pas décollé). Drains et mèches sur le canal suturé quatre mèches cholédoques et une vésicule.

Ablation après ligature à la soie du col de la vésicule oblitérée.

Fermeture de l'abdomen. Une pince à demeure sur un artère vésiculaire qu'on ne pouvait pas tirer par les adhérences hépatiques. Pansement, iodoforme ouaté. Choc traumatique intense, pouls presque insaisissable. Température 35°. Injection de sérum 1500 grammes dans l'après-midi et trois seringues de caféine.

Suintement considérable. Température 37°, pouls bon.

27 juillet. — Suintement d'un peu de bile, on retire la pince à demeure. Température 37°. Pouls bon.

28 juillet. — Température matin 36°. Pouls 80. Elle a rendu du pus. Suintement.

Vu le 2 septembre complètement guérie. Va faire une cure à Vichy. Vient complètement guérie, décembre 1897.

OBSERVATION 13

Riedel (d'Iéna). Lithiase biliaire. Accès douloureux suivis d'ictère. Selles décolorées. Amaigrissement. Hypertrophie du lobe droit du foie. Atrophie de la vésicule. Cholédocotomie. Sutures du cholédoque. Guérison. *Erfahrungen uber die Gallenstein Krankheit mit und ohne Icterus*, Berlin, 1892, p. 103 (traduction in extenso). (*In* thèse Jourdan).

Femme du D^r W..., 50 ans, entrée le 12 octobre 1891. Père mort de lithiase biliaire après une longue maladie d'estomac. En 1863, première attaque de coliques hépatiques sans ictère ; *les douleurs* persistent pendant trois mois et affaiblissent beaucoup la malade. Son mari médecin *ne constate pas d'ictère*. Puis

longue accalmie, jusqu'en mai 1891. A cette époque, survient à l'improviste une violente attaque de coliques hépatiques, suivie d'ictère dès le lendemain. Depuis ce moment, la maladie n'a jamais rétrogradé, les crises douloureuses se sont répétées *soixante-douze fois*; malgré l'élimination par les selles de nombreux calculs de très petit calibre, *les accès douloureux* étaient souvent d'une *violence extrême*, au point de faire perdre connaissance à la malade. Pendant ces trois dernières semaines, elle cessa d'expulser des calculs, les selles, jusque-là *décolorées* recommencèrent à *se colorer*; mais les accès douloureux ne cessèrent pas tout en étant plus facilement tolérées, grâce à l'emploi de la morphine. Le poids était descendu de *162 à 130 livres*; cependant la malade rejetait toute opération, jusqu'à ce qu'il devint de plus en plus clair que les calculs ne s'éliminaient plus spontanément.

Le 12 octobre au matin, se produit une nouvelle attaque, avec vives douleurs abdominales, mais sans les vomissements qui habituellement accompagnaient les accès. Elle ne dure que quelques heures et disparaît sans emploi de la morphine, le pouls est fréquent et petit, la malade paraît très abattue; après cette attaque elle se relève cependant assez rapidement et ne veut plus entendre parler d'opération.

Le lendemain, *légère ictère*. L'examen donne des résultats à peu près négatifs. Confusément on croit sentir le bord inférieur du foie à trois travers de doigt environ *au-dessous du rebord costal* mais la résistance ainsi perçue est molle et bosselée, comme s'il s'agissait de pelotons graisseux. La vésicule biliaire n'est pas perceptible.

La pression sur l'épigastre est peu douloureuse après l'attaque. *Selles peu colorées*. Urine teintée par le pigment biliai-

re, mais sans albumine. L'examen des concrétions précédemment expulsées montre qu'il s'agit de petites masses boueuses épaissies, de couleur argileuse. On pense qu'un ou plusieurs calculs sont enclavés dans le canal cholédoque, qu'ils obturent par moment la papille duodénale et reculent ensuite en arrière.

Opération le 15 octobre 1891. — Incision à droite de la ligne médiane, depuis le rebord costal jusqu'au niveau de l'ombilic ; le péritoine ouvert, on rencontre immédiatement l'épiploon, partout adhérent au foie et au péritoine pariétal, le foie adhère aussi à la paroi abdominale antérieure.

Après libération de l'épiploon, on s'aperçoit d'abord que le *lobe droit du foie descend beaucoup plus bas* qu'on ne l'avait cru. On ne peut pas déterminer s'il s'agit d'une hypertrophie de la masse totale du foie, ou seulement d'abaissement du bord antérieur par des adhérences.

Sur ce bord antérieur on libère bientôt l'échancrure vésiculaire, entourée de tissu hépatique atrophie et au-dessous on trouve un organe du volume d'une noix, de forme hémisphérique, qui par sa situation doit être la vésicule.

Elle adhère à l'estomac, et, plus bas, avec le côlon transverse, on l'en sépare assez facilement ; on voit alors clairement qu'il s'agit là, en effet, de la vésicule grosse à peine comme une noix ; elle ne contient pas de calculs et semble vide. Le canal cystique est réduit à un cordon tortueux d'environ 1 centimètre de long ; du canal cystique part un cordon mou qui se dirige vers le duodénum, et qui par sa situation est le canal cholédoque. Après de longues recherches, on trouve dans ce canal, plus large que le pouce, un calcul de moyen volume.

La vésicule biliaire elle-même étant oblitérée, la ponction

qu'on y fait avec un trocart de calibre moyen n'en ramène pas de bile. La même ponction, faite ensuite dans le cholédoque en extrait par aspiration 30 grammes environ de bile normale. On incise le cholédoque, on enlève le calcul : cette ablation est suivie d'un abondant écoulement de bile, dans l'espace, soigneusement protégé par la gaze, qui sépare le foie de l'estomac. La ponction du cholédoque a été relativement peu utile, et nous a fait perdre dix minutes. Le cholédoque est si dilaté qu'on peut facilement introduire le doigt jusqu'à l'ampoule de Vater; de même on peut l'introduire dans le canal hépatique dilaté, dont on sent distinctement, dans la profondeur, la bifurcation en deux canaux beaucoup plus étroits. Ne trouvant pas d'autres calculs, on suture à la soie l'incision du cholédoque; et l'on ferme complètement la plaie abdominale, puisqu'il est impossible de faire le drainage par la vésicule atrophiée. L'ampoule de Vater étant absolument perméable, cette conduite paraissant, dans ce cas encore moins hasardée. Immédiatement après l'opération, pouls 120, petit et dépressible.

Le calcul enlevé a un centimètre et demi environ d'épaisseur; il est rond, mamelonné sans facettes.

Le jour de l'opération, l'état de la malade est bon. Elle dort jusqu'à 5 heures le soir, le pouls est bon, à 104°. Pendant la nuit, vomissements violents, qui, vers 4 heures du matin amènent un état syncopal. On lui donne du champagne. Les vomissements persistent encore pendant la matinée du 16 octobre mais le pouls est bon, plein à 104°; et la température à 37°,6. Pansement, abdomen souple, indolore, non ballonné. Le sondage de l'estomac ne ramène qu'une faible quantité d'un liquide clair, contenant quelques grumeaux verdâtres, comme

la malade en avait déjà rendu dans ses vomissements. Ceux-ci, cèdent par l'administration de la morphine. L'urine, rendue spontanément est presque noire.

Dans la suite, l'état de la malade est assez bon ; elle commence bientôt à prendre quelque nourriture. La plaie abdominale est guérie au dixième jour. A la fin du mois, la température s'élève le soir, pendant 3 jours, à 39° ; la malade se plaint de souffrir de l'estomac ; cependant elle n'a fait aucune irrégularité d'alimentation. Elle ressent dans l'abdomen quelques douleurs, qui lui rappellent de loin ses anciennes coliques, et a de la diarrhée pendant plusieurs jours.

Après cette débâcle, elle se trouve améliorée. En effet, l'ictère peu modifié jusque-là diminue rapidement et la malade se rétablit si vite, que, dès le 14 novembre, elle quitte la clinique, portant une ceinture abdominale. Son poids a certainement diminué de deux livres ; mais vu sa tendance à l'obésité, il ne tardera pas à s'accroître.

Janvier 1892. Son poids a augmenté de 12 livres.

OBSERVATION 14.

Lejars. Crises hépatiques depuis 14 ans. Ictère confirmé d'un mois. Selles grisâtres. Amaigrissement. Insomnie et déman-gaisons. Douleur vive à la palpation de la région hépatique. Vésicule non perceptible. Cholédocotomie suivie de sutures. Guérison. *Gazette des hôpitaux*, n° 6, samedi 15 janvier 1898, p. 45 et 46. *In extenso*.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, qui entrait à l'hôpital Beaujon, le 26 août dernier, dans un état si lamentable, que l'idée de cancer s'imposait pour ainsi dire d'emblée.

Amaigrie, cachectique, ne mangeant plus, tourmentée par l'*insomnie* et les *démangeaisons*, elle présentait tous les signes d'une occlusion complète du cholédoque : ictère foncé et verdâtre, selles décolorées, grisâtres, comme de la cendre, urines rares et chargées de pigments. Les accidents remontaient à un mois et s'aggravaient de jour en jour.

Notre malade, il est vrai, avait un passé hépatique qui nous réservait d'importantes données. Elle avait eu à *trente-huit ans*, une première crise de colique hépatique, au cours de laquelle les selles étaient restées pendant deux jours décolorées ; une autre crise, moins intense, était survenue à quarante-cinq ans et trois autres l'avaient suivie, à intervalles plus rapprochés.

Dès lors, la région hépatique n'avait jamais cessée d'être le siège d'une *sourde douleur*. En janvier 1897, nouvel accès, très douloureux, mais de peu de durée.

A la fin de juillet les douleurs avaient reparu avec une violence jusqu'alors inconnue, dans la région épigastrique et le flanc droit, et tout de suite les selles s'étaient décolorées.

L'examen physique ne nous éclairait guère : le palper était fort gêné par la *douleur vive qu'il réveillait*, et, avec beaucoup de douceurs et de patience, on n'arrivait à percevoir qu'une masse sous-hépatique diffuse, sans caractères précis, et dans laquelle il eût été impossible de délimiter la vésicule.

Ce fut dans ces conditions que l'intervention fut pratiquée le 2 septembre, sous l'éther. Je pratiquai une incision de 15 centimètres sur le bord externe du grand droit et tout de suite je découvris la vésicule affaissée, ratatinée, très adhérente à l'angle du côlon. Elle ne contenait pas de calculs, il n'y en avait non plus dans le canal cystique. En suivant ce canal et le pédicule du foie, il me fut impossible de pénétrer dans l'hiatus

de Winslow, fermé par de solides adhérences. C'est là une éventualité qui n'a rien d'exceptionnel, mais elle me privait d'un repère important et d'un mode de recherche qui rend des grands services dans la découverte du cholédoque. En suivant avec le doigt le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique, je sentis une série de bosselures arrondies, qui me firent penser tout d'abord à des ganglions, mais, à un examen plus précis, leur dureté, leur irrégularité, me donnèrent l'impression des calculs enclavés dans le cholédoque. L'une de ces bosselures, beaucoup plus grosse, semblait occuper la partie du canal : elle me servait pour mettre peu à peu à découvert, avec la sonde cannelée, la paroi du cholédoque, qui apparut jaunâtre au fond de la plaie, et que j'incise directement sur le relief du calcul. L'incision fut d'environ 1 centimètre et demi, elle me permit d'extraire, sans trop de peine, en la faisant basculer de haut en bas, une première concrétion jaunâtre, à facettes ; au dessus d'elle, six autres calculs, plus petits furent extraits à leur tour. Dès lors la bile commença à fluer librement par le bord supérieur du cholédoque, pénétra à une profondeur suffisante pour me démontrer qu'il n'y avait plus d'obstacles. Les compresses aseptiques, qui limitaient le foyer opératoire, reçurent la bile, qui fut, du reste, détergée tout de suite aux tampons. Je fermais alors l'ouverture de la cholédocotomie par quatre points séparés, au catgut fin, passés à la Lambert, puis je laissai, au contact du canal suturé, un drain entouré de gaz iodoformée, et je réunis le reste de l'incision abdominale.

Les deux premiers jours furent assez calmes, pas d'élévation thermique, quelques vomissements bilieux.

Le 4, on renouvela le drain, en supprimant la gaze iodoformée : Il y avait très peu de bile dans le pansement. Le 5, on

constatait que la teinte jaune de la peau avait nettement pâli. Le 7, survint une première selle colorée. Dès lors, l'ictère, s'atténua de plus en plus, pendant que l'état général s'améliorait ; le trajet laissé par le drain laissa à peine suinter quelques gouttes de bile, pendant les dix premiers jours ; à la fin du mois il était entièrement fermé.

L'appétit avait repris, les forces revenaient. Le 22 octobre la malade quittait le service : il n'y avait plus traces d'ictères.

Nous avions à la garder assez longtemps, en observation pour surveiller l'établissement définitif ; depuis nous l'avons revue plusieurs fois, très bien portante, et reprenant de jour en jour de la mine et de l'embonpoint.

M. Lejars a présenté à la Société de chirurgie la malade, le 17 novembre dernier.

OBSERVATION 15.

Kümmel (Hambourg). (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1896
N^{os} 35, 36, 37).

Cas 21 (résumé). Mlle P..., 24 ans, souffre depuis plusieurs années de douleurs, assez mal déterminées, dans le creux épigastrique.

Ces douleurs augmentant et se localisant à la *région de la vésicule*, une cholécystostomie fut pratiquée le 17 avril 1896 qui donna issue à plusieurs calculs. La fistule se fermait le 18 juin et la guérison semblait complète.

En novembre de la même année les mêmes douleurs reparaissent, *toujours sans ictère*, la fistule se rouvre, donnant issue à un liquide clair, non mêlé de bile. Laparotomie : on trouve un calcul, gros comme un noyau de cerise dans le canal

cystique ; il peut être refoulé dans le canal cystique ; il peut être refoulé dans la vésicule et extrait par la fistule. Un autre calcul, un peu plus petit, est senti dans le cholédoque, on ne peut le mobiliser ; *cholédotomie* ; extraction du calcul. Le canal est *suturé*, de même que la paroi abdominale ; la fistule de la vésicule est laissée ouverte.

Ecoulement biliaire pendant dix jours par cette fistule, qui se ferme alors.

Guérison complète.

OBSERVATION 16.

Stanmore Bishop. Coliques hépatiques depuis six mois. Ictère persistant. Foie augmenté de volume. Démangeaisons. Cholédecystostomie en deux temps. Persistance de l'obstruction. Cholédotomie avec drainage. Guérison (*Medical chronicle*, avril 1897, traduction *in extenso*, inédite).

Mme M. W..., âgée de 37 ans, était admise le 1^{er} décembre 1896. Femme de taille moyenne. Coloration de la peau gris verdâtre. Elle fut prise brusquement *il y a six mois de coliques* qui depuis, ont reparu à de fréquents intervalles. Chaque attaque dure peu de jours. La *jaunisse* est apparue la nuit qui a suivi la première attaque et a toujours *persisté depuis*.

Les selles prirent une teinte claire et les urines contiennent du pigment biliaire.

Actuellement l'abdomen est flasque ; le rebord du foie *dépasse* d'un demi-pouce les côtes. Il existe une masse ferme et légèrement proéminente dans la région de la vésicule biliaire. Epaisse couche de graisse sous-cutanée. *Démangeaisons très vives*, traces d'écorchures.

4 décembre. — *Ouverture* du ventre par incision verticale médiane. L'épiploon adhérent à la vésicule est détaché ; la vésicule est bourrée de calculs ; le canal commun en contient un. On essaye, sans succès, de briser le calcul avec une aiguille : il paraît être du volume d'une bille de verre, très dur et mobile. La vésicule suturée soigneusement au péritoine pariétal et la plaie bourrée de gaze.

6 décembre. — *Incision de la vésicule* ; extraction de deux calculs à large facette ; issue d'un peu de matière caséuse, de sang et de bile pure. Une sonde pénètre dans le canal cystique sans rencontrer d'obstacle ; on y place un drain.

8 décembre. — Prurit disparu depuis l'opération ; la peau paraît plus claire. Ecoulement libre de la bile.

13 décembre. — Quelques douleurs légères. Les matières fécales sont encore blanches.

18 décembre. — L'urine ne contient plus de bile ; les fèces sont colorées depuis quatre jours.

La peau est encore franchement jaune ; l'issue de la bile par la fistule est abondante.

4 janvier 1897. — La malade sort de l'hôpital : la plaie est fermée. Pas douleurs, mais coloration cutanée vert jaunâtre. Des injections d'huile ont été tentées dans la fistule, mais n'ont pas pénétré.

14 février 1897. — Rentre à l'hôpital. Les *douleurs* ont recommencé 15 jours après sa sortie. Depuis, la malade a eu six attaques accompagnées de vomissements. La crise douloureuse commence subitement, dure plusieurs heures, cesse graduellement. Les matières n'ont jamais recouvré leur coloration normale.

23 février. — *Incision* verticale parallèlement à la cicatrice.

Au péritoine pariétal adhère le côlon transverse. L'épiploon présente des adhérences le long de la vésicule biliaire ridée. *Calcul* dans le canal commun.

On peut le faire bouger il a même des tendances à s'échapper. Après garniture du champ opératoire, incision du canal sur le calcul : celui-ci est enlevé avec une pince à mors. De la bile et du mucus s'écoulent, sont recueillis sur des éponges. Un *tube de verre*, entouré de gaze iodoformée est placé dans la partie inférieure de l'incision, on ne cherche pas à la suturer. Triple étage de sutures de la paroi, autour du drain.

26 février. — Ecoulement biliaire abondant par le drain. Bon état général, mais vives douleurs ; selles légèrement colorées.

28 février. — Ablation du tube.

2 mars. — Ablation de la gaze ; il ne s'écoule plus que très peu de bile par la plaie. Pas de douleurs. Selles colorées.

14 mars. — Urine claire. Disparition de l'ictère. Selles normalement colorées. Cicatrisation complète. Excellent état général.

26 mars. — Sort guérie.

OBSERVATION 17.

Kuster. Accès de coliques hépatiques depuis deux ans. Fièvre. Coloration jaune persistante. Selles couleur d'argile puis foncées. Amaigrissement considérable. Douleur constante du foie. Vésicule non perceptible. Cholécotomie suivie de sutures. Hémorrhagie post-opératoire. Guérison. *Verh. Deut. Gesellschaft. f. chir.*, 20^e Congrès, p. 400. *In thèse Lepetit. (In extenso).*

Femme Br..., 49 ans, veuve d'un pasteur, admise à l'hôpital Augusta le 7 juin 1890, et sortie le 30 juillet 1890. Depuis deux ans, la malade souffre d'accès de coliques : ces douleurs sont

extrêmement violentes, aussi bien dans le ventre que dans l'échine et durent environ trente heures. Pendant ces accès, la malade prend régulièrement de la morphine, et par suite s'épuise beaucoup. Au début, l'intervalle des accès était de six semaines, plus tard il fut de quatre semaines, maintenant ils reviennent tous les huit jours et sont *accompagnés de fièvre*.

Environ deux heures après l'accès, la peau présente une coloration jaune, et cette coloration ne disparaît jamais complètement, *mais ne fait que s'atténuer*. Les selles sont irrégulières, il y en a quelquefois trois par jour, puis survient une constipation de plusieurs jours. Assez souvent, six heures environ après la fin de l'accès, le médecin de la malade a *trouvé des graviers dans ses selles*. Ce printemps, la malade a pris pendant neuf jours 100 grammes d'huile par jour, elle est allée à Karlsbad, a bu à la source de l'Empereur et à celle du Rocher ; elle a pris de l'eau du Sprudel, tout cela sans résultats.

L'état général s'est aggravé, il y a du malaise, de la fatigue, surtout lors de la marche, des douleurs se font sentir dans la région inguinale et l'échine.

Le poids de la malade est descendu de 140 livres à 88. A chaque accès, l'urine est épaisse, brune, et la malade souffre en urinant. Quelquefois vingt-quatre heures se passent avant que l'urine puisse s'écouler, et pendant ce temps survient une oppression extrêmement pénible. A tout cela se sont ajoutées, dans ces derniers temps, des migraines.

La malade a eu sept enfants et est encore bien réglée ; cependant les menstrues s'arrêtèrent trois mois, temps pendant lequel les douleurs furent plus intenses. Le dernier accouchement date de 18 ans.

Les selles furent toujours de *couleur d'argile*, et c'est seule-

ment depuis sa cure à Karlsbad, qu'elles sont devenues un peu foncées.

État actuel. — Malade débilitée, amaigrie. Peau et muqueuses fortement ictériques. Urines troubles. Selles foncées. *Amaigrissement considérable. Douleur constante du foie*; la partie inférieure de cet organe, du côté des côtes et dans la région lombaire, *forme une voussure*, pouvant être prise au palper pour une tumeur. Sensibilité douteuse de la vésicule biliaire. Entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic on perçoit la résistance prévertébrale. Pas de fièvre. Accès de coliques fréquents; pas de vomissements.

En réunissant tous les symptômes et vu l'existence de l'ictère, il était impossible de mettre en doute l'obstruction calculuse des conduits biliaires. Cette obstruction pouvait avoir son siège dans le canal hépatique ou dans le cholédoque. Toutefois, l'efficacité relative de la cure de Karlsbad et la coloration momentanée des matières fécales, plaidait plutôt pour une obstruction du cholédoque. C'est d'après ce diagnostic que fut entreprise et faite l'opération.

Laparotomie, le 11 juin. — Incision transversale de dix centimètres au-dessous et parallèle à la région costale. Après avoir ouvert le péritoine, on tombe sur de fortes adhérences entre le gros intestin et la partie inférieure du foie, puis avec la vésicule biliaire. Ces adhérences sont rompues peu à peu, jusqu'à dégagement complet de la vésicule qui n'est pas dilatée et ne contient pas de calculs. Par contre, on trouve deux calculs dans un cordon inférieur gros comme le doigt; après dégagement du duodénum, ce cordon est reconnu nettement pour être une partie du canal cholédoque élargi. Après avoir protégé les parties environnantes par de la poudre d'iodoforme,

j'incisai le canal au-delà de la dilatation, j'en écartai les parois par des fils à suture, et je réussis à retirer deux gros calculs, ainsi que plusieurs de la grosseur d'une lentille. Suture au catgut de l'incision du cholédoque, longue de deux centimètres ; au-dessus, suture continue avec de la soie très fine. Les régions environnantes furent tamponnées avec de la gaze iodoformée, puis je nettoyai mon champ d'opération.

Suture de l'ouverture abdominale.

Pansement. Durée de l'opération : une heure.

La réaction se produisit surtout du côté du péritoine.

La plaie devint humide et se couvrit de sécrétions icteriques surtout et de sang à moitié décomposé.

L'ictère augmente rapidement au lieu de diminuer.

Les selles deviennent décolorées et fétides. Le tampon se détacha au bout de cinq jours, et il ne resta qu'une fistule d'où le sang coulait lentement.

22 juin. *L'écoulement du sang* devint brusquement très intense. En tamponnant la fistule, je tâchai en vain de l'arrêter. Je fends alors la fistule, de façon à réouvrir toute la plaie abdominale. Dans la profondeur, vers la cavité de l'abdomen, tout était bien fermé : une séparation des organes était impossible. Le conduit fistuleux était tapissé de granulations jaunâtres, flasques et saignait fortement. Thermo-cautérisation et tamponnement énergique : depuis lors le sang cessa de couler.

L'ictère diminua, les selles redevinrent très bilieuses et la malade se remonta facilement. Ces jours derniers les selles sont de nouveau colorées. Appétit convenable.

Le 24. L'aspect des selles varie, elles sont de temps en temps argileuses. L'ictère a complètement disparu ; l'état général est

bon, sauf de rares douleurs dans la région de la vésicule biliaire. Le côté droit du foie grossit et cela est sensible au toucher. Plaie granuleuse, de beaucoup diminuée.

Le 30. Plaie absolument guérie. Pas de douleurs. Bien-être remarquable. Exeat.

En novembre 1890, l'on m'écrivit que des accès de douleurs étaient revenus.

La malade arriva à Marbourg au printemps de 1891. Son aspect était indubitablement meilleur qu'avant l'opération ; pourtant depuis l'automne précédent elle souffrait de temps en temps, je lui conseillai une cure nouvelle à Karlsbad.

En septembre 1891, je reçus la nouvelle qu'elle avait éliminé deux pierres à Karlsbad et que, depuis, les coliques avaient disparu.

OBSERVATION 18.

Ricard. Rétention biliaire calculeuse. Fièvre intense. Cholécotomie avec drainage. Récidive. Hémorragies abondantes opératoires. Mort. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*. Tome XXIV, N. 22, 21 juin 1898, p. 656 (Résumée).

Il y a trois ans, M. X... était pris de rétention biliaire d'origine calculeuse, *avec fièvre, ictère intense, état général mauvais*. L'intervention me permit d'extraire de sa vésicule trois gros calculs polyédriques. Mais l'obstruction tenait à des calculs du cholédoque que je pus extraire par l'incision du canal. A la suite du drainage, une fistule biliaire s'établit, et persista six semaines environ, le malade récupéra ensuite la plus parfaite santé.

Deux ans après, nouvelle atteinte de rétention biliaire, pour

laquelle je revis le malade, mais la crise fut de courte durée. Il y a deux mois, une nouvelle rétention avec accès de *fièvre intense*, nécessita une intervention qui fut différée de quelques jours, dans l'espoir de voir la crise céder comme lors de la précédente atteinte.

Or, cette intervention détermina chez ce malade *des hémorrhagies tellement abondantes* et tellement diffuses, qu'étant donné son état de faiblesse extrême je dus ne pas prolonger l'opération. L'incision de la peau, le décollement des adhérences épiploïques ou intestinales, amenèrent des hémorrhagies en nappe que la compression seule arrêtait. De plus, comme dans le cas de M. Schwartz, le vésicule avait complètement disparu; les voies biliaires étaient confondues dans un tissu induré qui masquait tous les points de repère.

Dans ces conditions, je ne persistai pas dans ma tentative opératoire; un tamponnement serré arrêta l'hémorrhagie. Mais, comme on pouvait le prévoir, l'intervention n'apporta aucun remède à la rétention et quelques jours après, le malade *succombait*.

OBSERVATION 19.

Under Veer. (d'Albany). — Depuis deux ans, crises violentes. Ictère intermittent. Amaigrissement. Selles décolorées. Cholécotomie avec sutures. Mort au neuvième jour de collapsus. *In New-York Record*, 28 novembre 1891, cas II, p. 646, Thèse Jourdan (*in-extenso*).

M. L. W..., âgé de 51 ans, anglais, marié, exerçant la profession de plombier. Antécédents très bons, aucune sérieuse maladie antérieure. Il y a deux ans, il fut pris de violentes douleurs dans le côté droit sous le rebord costal, douleurs qui s'ir-

radiaient dans la région épigastrique. *De temps en temps, poussée d'ictère*. Les douleurs deviennent parfois très violentes ; il fut traité par plusieurs médecins, et divers diagnostics furent portés.

Je vis ce malade pour la première fois au commencement de décembre 1890. Il était très *émacié* ; peu d'appétit ; constipation habituelle. Les *selles*, depuis un an, étaient constamment *décolorées*. Urines peu abondantes, dans lesquelles l'examen décèle la présence de la bile, mais pas de sucre. Le malade se plaint de douleurs dans tout le corps ; il présente quelques taches ecchymotiques. Il ne peut dormir ; il est très abattu. L'examen direct ne peut démontrer la présence d'aucune tumeur. Le foie est petit. Malgré la faiblesse du malade, je lui conseille de se soumettre à une laparotomie exploratrice.

Diagnostic. Calcul du cholédoque. Le 12 janvier 1891, le malade entre à Albany-Hospital. Il présente un ictère très prononcé il est très anémié. On lui fait subir le traitement préparatoire d'usage.

Opération le 15 janv. 1891, à 11 h. du mat. Incision habituelle de la cholécystotomie. La vésicule biliaire est absolument rétractée, entourée d'adhérences qui la maintiennent cachée sous le bord inférieur du foie. Dans le cholédoque, que j'eus quelques difficultés à trouver, siégeait un calcul long et volumineux : il mesurait près de deux pouces (cinq cent., de longueur, et un pouce environ de circonférence). Il me fut impossible de le déloger, ou de le repousser dans le duodénum ; et la force qui eût été nécessaire pour le briser de l'extérieur eût probablement amené la destruction des parois du canal. Je ne pouvais me servir d'une aiguille pour le briser, je fus donc obligé d'inciser le cholédoque dans toute sa longueur, sur le calcul : je pus

ainsi extraire celui-ci. Auparavant j'avais placé provisoirement une éponge dans la plaie : lorsque le canal fut ouvert, il s'en écoula une cuillerée à thé, ou davantage, d'un liquide filant, teint de bile, qui fut recueilli par l'éponge. Le canal une fois vidé, je passais une sonde jusque dans le duodénum. J'essayais alors de suturer l'incision du canal cholédoque : mais, à cause de la profondeur de la plaie, de la friabilité des tissus du fait des adhérences, ce temps de l'opération fut extrêmement difficile. Les sutures furent pratiquées de la façon suivante : en premier lieu, une suture continue, en surjet, comprenant la tunique séreuse du canal et une partie de la tunique muqueuse sans la traverser complètement ; en second lieu une série de points de Lembert, adossant exactement la tunique séreuse.

L'opération fut longue ; j'étais quelque peu incertain de la valeur de la suture. Introduction jusqu'au fond de la plaie d'un drain en verre, entouré de mèches de gaze iodoformée. Fermeture partielle de la plaie abdominale. Peu de choc opératoire.

Le soir il était évident qu'un peu de bile s'échappait par la suture du cholédoque, ainsi qu'en témoignait l'imbibition du tamponnement de gaze iodoformée, qui fut changé.

Le 16 au matin, nouveau changement de la gaze iodoformée ; depuis lors, elle ne fut plus renouvelée qu'une seule fois. Le pansement restait sec et la plaie en excellentes conditions.

L'état général était bon : l'opéré avait de l'appétit et demandait à manger. On lui donna du lait tant qu'il en voulut. L'estomac fonctionnait bien. Evacuations intestinales à l'aide de lavements deux ou trois fois par jour : les selles, d'abord solides, deviennent presque liquides, très jaunes et de mauvais aspect. Urine plus claire, mais toujours en petite quantité, flatulence

très pénible, malgré l'absence totale de ballonnement du ventre. La pression ne déterminait de douleur en aucun point de l'abdomen. Le malade dormait presque continuellement. Quoiqu'il s'alimentât bien par l'estomac, à cause de la grande faiblesse on essayâ de le nourrir deux fois par jour par le rectum : cet essai, du reste, n'eut pas grand succès. La flatulence diminua par l'ingestion de petites doses d'acide phénique. Il n'y eut jamais de vomissements, tout semblait aller bien.

Le 19 janvier, je vis le malade à 9 h. du soir. Son pouls était bon. Après minuit, il présenta des symptômes d'adynamie cardiaque, administration de stimulants, de digitale J. J. Il mourut presque subitement à six heures du matin, le 20 janvier. L'autopsie ne fut pas faite à mon grand regret.

OBSERVATION 20.

Duncan, (d'Edimbourg). Crises douloureuses depuis quatre ans. Ictère variable. Fièvre. Hyperesthésie pendant les attaques. Pas de tumeur perceptible. Cholécotomie sans sutures. Drainage du cholédoque et de la plaie. Guérison. *Edimburg Medical Journal*, 1893, vol. 38, t. 2, p. 108). *In* thèse Jourdan. (Reproduction *in extenso*).

Mme O..., 53 ans, entrée le 18 octobre 1892.

Le Dr Joung, son médecin traitant, m'a transmis l'observation suivante : « Depuis 12 ans Mme O... est sujette à des crises de douleurs dans la région hépatique, accompagnées de vomissements, et durant quatre ou cinq jours. Je la traite *depuis les quatre dernières années* : pendant cette période ces crises douloureuses se sont reproduites toutes les trois ou quatre semaines. Il y a trois ans, après une attaque plus violente que les précédentes, j'ai senti la vésicule biliaire augmenter de volume :

à cette époque, elle a rendu dans les selles, 9 ou 10 calculs biliaires, du volume d'un petit pois, et portant des facettes.

La crise actuelle date de 9 semaines ; l'ictère a apparu quelques jours après le début de la crise. *Par intervalles*, les douleurs se calment en même temps que la bile réapparaît dans les selles et que *l'ictère diminue*. Pendant cette dernière attaque, je n'ai pas constaté d'augmentation de volume de la vésicule biliaire ».

Après son entrée à l'infirmerie, les crises douloureuses augmentent de fréquence et d'intensité, *l'élévation de température* qui les accompagne se prolonge de plus en plus dans les périodes d'accalmie. Les attaques d'ailleurs s'accompagnent d'une *telle hyperesthésie* que la malade ne peut alors même pas supporter le poids des couvertures. Nausées. Ictère persistant.

Pas de tumeurs perceptibles.

L'ensemble de ces symptômes me fait conclure à un calcul enclavé dans le cholédoque, avec atrophie de la vésicule et nombreuses adhérences anciennes, entourant la vésicule et les voies biliaires, en les fusionnant aux organes voisins. Il n'existait à la surface du foie, pas la moindre de ces bosselures qui caractérisent le cancer, en outre, l'expulsion antérieure de calculs tranchait la question, au cas où l'on aurait hésité en face des symptômes communs aux deux affections.

Le diagnostic de calcul du cholédoque étant posé il ne restait que la question de méthode opératoire.

Opération. — La vésicule biliaire est à peine reconnaissable ; sentant qu'elle ne contient pas de calcul je ne cherche même pas à l'inciser pour l'explorer complètement. Il y a un calcul dans le cholédoque. L'angle hépatique du côlon adhère fortement à la face antérieure du cholédoque, surtout au niveau où

l'on peut sentir le calcul enclavé, les adhérences du côlon sont soigneusement disséquées sur une étendue suffisante. La partie du cholédoque où se trouve le calcul est saisie entre les deux index, et suffisamment maintenue et isolée ainsi pour permettre à mon aide d'y faire une petite incision : je réussis à extraire un calcul, pesant 7 grammes. Un tube à drainage, en verre, est placé dans le cholédoque ; un second tube est introduit dans le péritoine, à côté du premier. Suture de la plaie abdominale qui livre passage aux drains.

La partie de la plaie abdominale qui a été suturée se cicatrise par première intention. Ablation des drains le quatrième jour. La fistule biliaire s'est fermée au bout de trois semaines.

Le seul ennui fut causé par des brûlures qui furent aussi rapidement guéries. L'ictère ne disparut que lentement, mais dès le troisième jour les selles étaient colorées. A part le retard causé par les brûlures, la guérison a été parfaite.

OBSERVATION 21.

Pozzi. Coliques hépatiques; ictère chronique; calcul biliaire enchâtonné en partie dans le cholédoque, en partie dans la première portion du duodénum; cholédoco-duodénotomie. Guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, tome XX, et n° 9, 25 juillet 1894, page 630 (*In extenso*).

E..., âgée de 39 ans, entre le 13 mai 1894 à l'hôpital Broca (Annexe Pascal), salle C. et n° 8.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Régliée à 13 ans, sans douleurs. Mariée à 16, a eu quatre enfants à terme.

Il y a sept ans, la malade fait une chute à la suite de laquelle elle a gardé le lit une huitaine de jours. *Des douleurs vives* se sont déclarées du *côté droit* et on peut dire que, depuis ce moment, elles n'ont plus jamais disparu. Il y a trois ans, *la teinte ictérique est apparue et n'a fait que s'accroître depuis*. A cette époque surviennent de véritables coliques hépatiques, qui reviennent tous les trois ou quatre jours. Les crises sont devenues moins fréquentes dans ces derniers temps, mais en revanche, la malade se plaint de douleurs sourdes, de pesanteur, de tiraillement dans l'hypocondre droit. Ces souffrances sont telles qu'elle est condamnée à l'immobilité presque la plus complète.

Depuis également trois ans, des épistaxis ont apparu de même que métrorragies abondantes qui, revenant à chaque instant, *sont cause d'un affaiblissement progressif*.

La santé générale a décliné peu à peu, l'appétit est actuellement presque nul, et il existe une anémie profonde. Le faciès est tiré, et bien qu'encore jeune, la malade paraît âgée; pour employer sa pittoresque expression, elle est « vieille de souffrance ».

Etat actuel. — Teint jaune très foncé de la peau, indice d'un ictère chronique très accentué. Faiblesse très grande; insomnie causée par la douleur. La malade se plaint de douleurs continues dans la région hépatique, de difficulté dans la digestion, d'épistaxis, de métrorragies, et d'un affaiblissement extrême qui va en progressant. Pas de vomissements, pas de diarrhée. Constipation habituelle.

De temps à autre, des frissons et des accès fébriles (*fièvre intermittente hépatique*).

Examen de l'abdomen. — Ventre ballonné. Le rebord des fausses côtes droites est soulevé par le foie qui est manifestement *augmenté de volume*. Son bord supérieur répond à la huitième côte, au niveau de la ligne mammaire. Son bord inférieur est dur, tranchant, et dépasse le rebord costal de quatre travers de doigt au niveau de la ligne mammaire, plus en dehors, il se pend sous les fausses côtes. La vésicule biliaire *ne paraît* pas augmentée de volume, tout au moins on ne sent rien à la palpation qui en rappelle la forme.

La rate n'est pas trop hypertrophiée, cependant on trouve une zone de matité splénique d'environ trois travers de doigt, et, par dessous le rebord costal gauche, on arrive à sentir une tumeur profonde, à bord inférieur arrondi et dur, qui paraît être la rate sclérosée et un peu augmentée de volume. Le tube *intestinal* fonctionne assez bien ; langue humide, légèrement saburrale. Les matières qui ont été complètement décolorées il y a trois ans, sont assez colorées en ce moment. Les *poumons* et le *cœur* paraissent sains. Les *reins* éliminent une urine riche en pigments biliaires, mais sans albumine ni sucre. L'*utérus* et les *ovaires* ne sont atteints d'aucune lésion appréciable.

Diagnostic. — Les antécédents de la malade, la marche des accidents, la chronicité de l'ictère, l'examen clinique, font penser à la lithias biliaire. L'absence de dilatation de la vésicule, amène à croire que l'obstacle doit siéger dans le cholédoque. La coloration de fèces permet d'affirmer que l'obstruction est incomplète. Enfin les épistaxis et les métrorrhagies d'une part, les accès de fièvre intermittente hépatique, de l'autre, sont les signes manifestes de graves lésions du côté du foie, qui causeront dans un avenir prochain, l'insuffisance de l'organe.

On pose donc le diagnostic de : calcul biliaire enchâssé dans

le cholédoque, mais ne déterminant pas une obstruction complète ; cirrhose biliaire et début de phénomènes d'insuffisance hépatique.

L'intervention est indiquée pour arrêter dans leur évolution les lésions hépatiques secondaires et remédier aux souffrances continues de la malade.

Opération. — Le 25 mai 1894. Incision médiane, allant de l'appendicite xiphoïde à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On tombe directement sur le lobe gauche du foie, qui empiète fortement sur la région épigastrique, il est cirrhosé, d'aspect granuleux et de couleur violacée. Pour se donner du jour, on fait une incision transversale, comprenant la moitié de la largeur du muscle grand droit du côté droit. En relevant alors le bord inférieur du foie, on voit que toute la face inférieure de cet organe est unie à l'intestin par des adhérences résistantes, les adhérences sont détruites jusqu'au niveau du hile ; en ce point, la séparation avec le doigt et l'instrument mousse devient excessivement difficile, et se complique de suintement sanguin.

La vésicule est rétractée et n'est plus qu'une sorte de conduite ratatinée et complètement vide, qu'on a peine à reconnaître.

Pour faciliter l'exploration qui devient particulièrement délicate, le côlon transverse l'estomac et quelques anses d'intestin grêle sont sorties hors du ventre et recouvertes de compresses chaudes. La main peut alors reconnaître immédiatement en dedans de la vésicule rétractée, au milieu d'adhérences qui rendent très difficile la détermination exacte des parties, une tumeur dure, du volume d'une petite noix, qui paraît siéger au niveau du pylore. Le diagnostic est alors hésitant, car on se demande si l'on n'a pas affaire à un squirre limité de la région

pylorique comprimant le canal cholédoque. Cependant, afin d'assurer le diagnostic, on poursuit la destruction des adhérences. A ce moment, une petite éraillure se produit au niveau de la tumeur et laisse échapper une gouttelette de bile. Une sonde est immédiatement introduite et permet de sentir un calcul.

On débride aux ciseaux et on extrait un calcul ovoïde, mamelonné, du volume d'une grosse amande sèche. Une notable quantité de bile s'écoule à ce moment et est recueillie par des compresses.

Introduit dans la loge de la tumeur, le doigt pénètre à gauche dans la cavité stomacale, après avoir franchi la valvule pylorique qui forme un diaphragme très appréciable contre lequel venait évidemment buter le calcul, ce qui l'empêchait de pénétrer dans l'estomac. En explorant la cavité où se trouvait logé le calcul avec une sonde molle et une sonde cannelée, on peut remonter vers le foie, d'une part, et descendre vers la deuxième portion duodénale d'autre part.

Le calcul était donc inclus, partie dans le cholédoque-ulcéré et partie dans le duodénum au niveau de sa première portion. Un examen ultérieur a permis de constater à sa surface deux parties de dimension à peu près égales, l'une de couleur jaunâtre, correspondant à la portion logée dans le cholédoque, l'autre brun verdâtre, répondant à celle comprise dans le duodénum.

Ajoutons que le poids du calcul, immédiatement après l'opération, a été trouvé de cinq grammes.

L'incision *cholédoco-duodénale* a été refermée soigneusement au moyen d'un surjet de catgut, comprenant toutes les tuniques, et complété par un deuxième plan de sutures de Lam-

bert, à la soie fine, renforcé par places d'un troisième rang de sutures séparées. Les viscères herniés sont alors rentrés dans l'abdomen et on place un sac de Mickulicz de gaze stérilisée, contenant une grande mèche de gaze stérilisée et une sonde de caoutchouc.

L'opération a duré deux heures.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, la malade est calme, la température est à 37, et le pouls à 88.

Pas le moindre vomissement. La malade ne prend rien par la bouche. Lavements de peptones et de champagne.

26 mai. — La température atteint le matin 38,6 et le pouls 110. Etat général moins bon. Le soir la température redescend à 37,8 et le pouls à 100, mais la respiration atteint 42. Pansement : écoulement sanguinolent, et peut-être un peu de bile, mais en tout cas en faible quantité.

Le 27. — Etat général assez rassurant. La température est à 37,8 le matin et 38,6 le soir, le pouls à 110 le matin et 112 le soir, la respiration à 33 le matin et 32 le soir. La quantité d'urines rendues est de 600 grammes, pigments biliaires très abondants, à peine un peu d'albumine. La teinte ictérique est encore plus accusée qu'avant l'opération et la patiente se plaint de voir les objets en vert. La malade continue à ne prendre que fort peu de liquide par la bouche, une demi-cuillerée d'heure en heure. Pas de vomissements.

Le 28. — La température monte à 38,8 le matin, et 39,4 le soir, le pouls atteint 104 le matin et 102 le soir. La respiration est tombée à 30 le matin et 28 le soir. A l'auscultation, on trouve un peu de congestion pulmonaire, et la malade tousse et rend depuis avant-hier de gros crachats d'ailleurs peu abondants.

Le 29. — L'état général empire et nous sommes en présence d'accidents d'ictère grave très nets.

La température qui est de 38°8 le matin, atteint 39°7 le soir, le pouls est de 98 le matin et 110 le soir et la respiration se maintient autour de 23. La quantité d'urines rendues est de 400 grammes. La malade a du délire presque continuellement et tousse assez souvent. Traitement. Digitale, injections de sérum benzoate de soude, oxygène, frictions vinaigrées générales toutes les trois heures. Lait glacé par cuillerées toutes les heures.

Le 30. — *Statu quo*. Agitation extrême. La température atteint 39,5 le matin et 39,7 le soir, le pouls est à 110, la respiration à 30. L'urine rendue est de 600 gr. L'analyse de l'urine d'hier montre que la quantité d'albumine, sans être notable, puisqu'elle n'atteint pas 1 gr. a augmenté ces jours précédents. Même traitement. Des pansements sont faits tous les jours, le drainage a été complètement supprimé le 29 mai. Malheureusement la plaie des parois abdominales très tendues, s'est désunie et le foie est à nu sous le pansement.

Le 31. — Amélioration, l'aspect abattu des jours précédents a disparu et la toux est à peu près éteinte. La température est encore à 38°8 le matin, et à 39,2 le soir, le pouls à 106. la respiration à 24. Quantité d'urine rendue : 300 gr.

1^{er} juin. — L'amélioration s'accroît et la température est retombée à 37,6 le matin et 38,3 le soir, et le pouls est à 36 le matin et 39 le soir, la respiration à 20. Les urines sont encore rendues en faible quantité : 200 gr. seulement.

Du 2 au 8 juin. — La malade va très bien ; la plaie se rétracte. L'état général reprend. La température oscille de 37, à 38. Les urines ont augmenté de quantité et atteignent de un à deux li-

tres. Comme traitement interne la malade ne prend plus que du benzoate de soude. Régime lacté absolu.

Du 8 au 13 juin. — Bien que l'état général et local continue à être satisfaisant, la malade se plaint de vives douleurs de tête, de lancements et de sifflements dans les oreilles. La température oscille entre 30° et 39°. Quelques épistaxis.

Le 15. — La malade perd du pus par l'oreille droite depuis cette nuit elle se trouve considérablement soulagée.

Le 16. — Ouverture d'un abcès de l'oreille gauche. §

La malade est presque sourde. La température est à 38°. Etat général bon.

Le 18. — La température est à 37°. L'amélioration s'accroît.

Le 22. — Pour la première fois la malade mange un œuf.

1^{er} juillet. — La guérison de la plaie est terminée et la malade se lève. Ses oreilles ne coulent plus et la surdité a presque complètement disparu. La teinte jaune a fortement diminué. Plus d'hémorrhagies, plus de douleurs.

La malade est enchantée, depuis plus de sept ans elle ne s'est jamais aussi bien portée.

Le 6. — La malade a été purgée, ce qui lui donne un accès de fièvre le soir (39°,6).

Le 7. — La température est de retour à la normale, mais l'ictère a augmenté sous l'influence de purgatif.

Le 24. — La malade est dans un excellent état de santé, bien qu'elle soit encore un peu jaune. Pour combattre la constipation qui persiste, on prescrit de grands lavements à l'huile ou à la glycérine avec le plus grand succès. Le foie a manifestement diminué de volume et n'est en aucun point douloureux à la palpation.

Le résultat est parfait en ce sens que la malade n'éprouve

plus aucun phénomène douloureux ou autre. Quant à l'ictère, il va en s'atténuant graduellement, mais lentement. Le foie a considérablement diminué de volume, mais est encore hypertrophié.

Revue en mai 1895. La guérison se maintient parfaite.

OBSERVATION 22.

Lejars. Coliques hépatiques depuis trente ans. Crises subintra-
ntes. Ictère progressif. Selles décolorées. Amaigrissement.
Foie débordant à peine les fausses côtes. Vésicule non per-
ceptible. Cholécotomie, sutures, drainage. Guérison. *Gazette*
hebdomadaire, n° 44, 31 mai 1896, p. 517.

Il s'agit d'une femme de 62 ans, mère de 4 enfants, qui n'avait jamais eu d'affection sérieuse, mais qui, dès l'âge de 30 ans, avait commencé à souffrir de coliques hépatiques frustes. Les douleurs revenaient tous les 2 ou 3 mois, elles siégeaient dans la région du foie, en s'irradiant vers le creux de l'estomac et les lombes, elles duraient en général une journée, et n'étaient jamais suivies, au dire de la malade, de la moindre teinte ictérique. Pourtant les souffrances devenaient parfois assez violentes pour nécessiter un alitement passager.

Il y a deux ans, les crises ont changé de caractère; depuis lors, elles sont plus fréquentes, plus longues, plus aiguës et se compliquent d'ictère. Elle se prolongent 4, 5, 6, 8 jours, et reparaissent tous les mois.

Depuis octobre 1895, elles étaient à proprement parler, *subintra-*
ntes, et les douleurs ne présentaient plus que de très courtes accalmies. Les selles étaient absolument *décolorées*, les urines très rouges et chargées de pigments biliaires, *l'ictère s'était*

foncée de plus en plus, et la malade, qui avait *beaucoup maigri* et dont l'appétit était presque nul, avait pris une apparence cachectique des plus inquiétantes.

Ce fut dans cet état qu'elle me fut envoyée par mon ami le Dr Duchaine (de Puteaux) qui l'avait suivie depuis le début des accidents.

Le foie n'était pas gros et *débordait à peine les fausses côtes*, on ne sentait pas la vésicule, et l'exploration du ventre ne fournissait pas d'autres données.

Le 14 décembre 1895, je pratiquai la laparotomie médiane sus-ombilicale. J'arrivai tout de suite en une *vésicule très petite* rétractée et indurée et qui paraissait complètement vide. En suivant le col de la vésicule et le canal cystique libre aussi de calculs et en portant le doigt dans l'hiatus de Winslow, j'explorai le canal cholédoque, je découvris dans sa position libre, très près du duodénum, qui avait été rétracté par en bas, une bosselure du volume d'une petite noix, arrondie et dure, constituée manifestement par le relief d'un calcul. Peu à peu le cholédoque fut découvert à ce niveau, en ne se servant que de la pince et de la sonde cannelée, et en procédant avec d'autant plus de prudence que la veine-porte, très grosse, dessinait une volumineuse saillie sur le bord gauche du canal.

Une fois achevé ce travail de libération préliminaire, une incision d'environ deux centimètres fut pratiquée en long sur la paroi antérieure du cholédoque, elle permit de mettre à nu le calcul, qu'on put faire basculer et extraire sans trop de peine. Il s'écoula en même temps une petite quantité d'un liquide muqueux, filant, légèrement teint en jaune et qui fut reçu par les compresses qui circonscrivaient le champ opératoire. Le cholédoque était notamment dilaté au-dessus et au-dessous de

l'obstruction calculeuse, et le petit doigt s'y engageait sans peine. De plus en aucun autre point, on ne trouvait trace d'indication.

Les suites de cette intervention furent très simples : il eut seulement quelques vomissements bilieux, dans le cours des deux premières journées. Aucune élévation thermique.

Le calcul est d'un volume assez remarquable : irrégulièrement ovoïde, il mesure 32 millimètres dans son grand axe, 18 millimètres en largeur et en épaisseur.

Je retirai le drainage iodoformé le troisième jour : la gaze n'était nullement humectée par la bile et la cavité opératoire, ou plutôt le trajet paraissait, du reste, presque sec. Ce ne fut qu'au huitième jour qu'il se produisit un écoulement biliaire, qui, dès lors, persista pendant tout le courant de janvier mais en diminuant peu à peu d'abondance.

Dès les premiers jours qui avait suivi l'opération, la teinte ictérique avait commencé à pâlir, au bout de trois semaines, elle avait complètement disparue. Dès le lendemain de l'opération, les selles avaient perdu leur teinte grise : elles cessèrent d'être colorées pendant deux jours, au moment où s'établit la fistule biliaire, puis elles reprirent leur coloration normale. qu'elles ont toujours conservé depuis.

J'ajoute que toutes les douleurs avaient cessé. Aujourd'hui depuis trois mois, l'écoulement biliaire est absolument tari, et la cicatrisation complète : toutes les fonctions sont redevenues régulières, la malade ne souffre plus, elle a pris de l'embonpoint et de la mine, je n'ai pas besoin d'ajouter qu'elle est enchantée d'avoir consenti à se soumettre, malgré son âge, à une intervention.

OBSERVATION 23.

Vautrin. — Crises hépatiques depuis plusieurs années. Ictère progressif. Demangeaisons. Amaigrissement. Légère hypertrophie du foie. Vésicule non perceptible. Douleur vive à la pression au niveau de la gouttière vertébrale. Cholécotomie avec sutures. Cholécystostomie idéale. Guérison. *Revue de chirurgie* tome XVI, 1896, p. 458. (*In extenso*).

Mme M..., de Remiremont, âgée de cinquante-neuf ans, est atteinte *depuis plusieurs années de crises hépatiques violentes*, qui se rapprochent de plus en plus. L'ictère se produisait, autrefois au moment des crises, *puis disparaissent*. Depuis quelques mois il est devenu *chronique*. La maladie a affecté très nettement dès le début l'allure de la lithiase biliaire et à *aucun moment on n'a pensé à un néoplasme*.

Mme M..., a souffert beaucoup depuis quelques mois, surtout de troubles digestifs et de *démangeaisons qui ne lui laissent aucun repos*. M. le professeur Bernheim qui, en juillet 1895, fut appelé à voir la malade, reconnut l'existence d'une obstruction du cholédoque et, après avoir prescrit un régime spécial, fut d'avis qu'une opération était indiquée. Sur les instances de mon jeune ami, le Dr Guyon fils, Mme M..., après avoir reconnu *l'inefficacité de tous les traitements*, vient me trouver en septembre 1895. Je vis alors une personne *très amaigrie*, mais nerveuse et pleine de courage. Des téguments étaient couverts d'un ictère foncé et portant les traces de nombreux coups d'ongle. La malade se plaignait surtout de ne pouvoir *jouir d'aucun repos, de démangeaisons* qu'elle éprouvait sur tout le corps. Tous les traitements y compris les bains, avaient été employés sans succès.

A la palpation, je trouvai un ventre dépressible, *un foie peu hypertrophié, dépassant de 1 à 2 centimètres le rebord costal ; la vésicule ne pouvait être sentie.* En déprimant la paroi abdominale au niveau de la gouttière vertébrale, je déterminai *une douleur vive* au contact d'un point dur et d'un relief très appréciable. Je posai le diagnostic d'obstruction calculeuse du cholédoque avec rétention biliaire absolue ; les selles étaient décolorées depuis plusieurs semaines et les urines avaient une teinte acajou foncé. Je proposai une intervention qui fut aussitôt acceptée. L'examen *des reins* et du cœur, que je trouvais sains, me confirma dans ma résolution.

L'opération fut pratiquée le 18 septembre au Pensionnat de l'hôpital civil. M. le D^r Friant, professeur à la Faculté des sciences, me faisait l'honneur d'y assister. Je fis une incision verticale en dehors du muscle droit. Le foie fut soulevé et je rencontrai aussitôt la vésicule, que je délabrai de quelques adhérences jusqu'au canal cystique. J'y reconnus l'existence de plusieurs calculs.

Je l'incisai sur son fond et recueilli la bile sur des compresses aseptiques bien disposées au-dessous du foie. L'extraction des calculs se fit à l'aide d'une pince, il me fallut quelque peine pour mobiliser et extraire une grosse concrétion à facettes logée dans le canal cystique. La bile coula alors en grande abondance par la vésicule que je fermai provisoirement par une pince en T.

Je songeai alors au cholédoque. Je dus sculpter pour ainsi dire l'épiploon gastro-hépatique dans les adhérences qui l'entouraient, j'y parvins en m'aidant non pas par l'hiatus de Winslow, car il était comblé, mais du duodénum qu'un aide tirait légèrement en avant, j'explorai le cholédoque. L'obstruc-

tion siégeait dans la partie rétro-duodénale, un peu au-dessous de l'angle formé par l'union de ses deux premières portions ; le canal avait le volume du petit doigt et se prêtait très bien à un examen complet. Par une incision intéressant la séreuse au point où elle passe du duodénum sur l'épiploon gastrohépatique, je pus amorcer le décollement de l'intestin et le continuer sur une étendue de deux centimètres. Deux ou trois grosses veines furent pincées. Puis le duodénum étant attiré en avant, *j'ouvris le cholédoque* sur une longueur de deux centimètres, non sans une perte de sang assez marquée. Une compression de quelques instants arrêta l'hémorrhagie. Au lieu d'un calcul bien limité, je rencontrai une masse sans résistance, composée de petits calculs assez durs et d'une bouillie calcaire agglomérée. La quantité qui fut extraite par les pinces et la curette, pesait onze grammes.

Pour faciliter l'élimination de tous les débris calcaires, je dus faire comprimer le cholédoque en amont pour arrêter le flot de liquide bilieux et sale qui s'écoulait. Je pus enfin passer une sonde en gomme n° 13 de la filière Charrière jusque dans l'intestin. L'obstruction était levée. Je laissai s'écouler sur les compresses le liquide en rétention dans les voies biliaires, puis je fermai l'incision du cholédoque par deux plans de sutures, l'un placé sur la face cruentée des lèvres de la petite plaie, le second sur toute l'épaisseur de la paroi. Je laissai un tube à drainage entouré de gaze iodoformée plonger jusqu'à l'angle du duodéal. Je fermai ensuite par deux autres plans de sutures à points séparés *l'incision de la vésicule*, que j'amenai facilement entre les lèvres de la plaie abdominale. L'opération avait duré à peu près deux heures.

Les jours suivants, l'apyrexie était complète, mais le pouls un peu fréquent, à 120, avec des intermittences. Il n'y eut de vomissements que le premier et le deuxième jour. Les selles provoquées se montrèrent un peu colorées le troisième jour; le quatrième et le cinquième jour, elles furent franchement brunes. La teinte ictérique de la peau diminua d'intensité dès le cinquième jour, en même temps que les démangeaisons cessaient entièrement. Les suites furent très simples et sans aucune complication.

Le drain avait donné le premier jour un petit suintement bilieux qui se supprima ensuite; il fut enlevé le cinquième jour. La convalescence fut rapide et exempte d'accidents. Mme M..., pouvait se lever le 12 octobre. Elle avait recouvré son appétit d'autrefois, ses digestions faciles, le repos et le sommeil. Elle quitta l'hôpital dans les meilleures conditions le 17 octobre. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de revoir Mme M..., dont la santé se maintient excellente.

Un régime lui a été imposé afin d'éviter le retour des accidents.

OBSERVATION 24.

Michaux. Crises hépatiques depuis deux ans. Ictère progressif avec légère décoloration des fèces. Amaigrissement considérable. Fièvre rémittente bilioseptique. Foie hypertrophié. Vésicule perceptible et douloureuse à la palpation. Cholécotomie avec sutures. Cholécystectomie. Guérison. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, tome XXIV, n. 23, 28 juin 1893, page 691 (*In extenso*).

Mme G..., âgée de 60 ans, entre le 11 juin 1893, à l'hôpital Broussais, salle Broca, n. 31.

Revue de chirurgie. Tome XVI. 1896, p. 468.

Cette malade est venue me consulter à Broussais pour des accidents de *lithiase biliaire*, dont le début remonte au milieu du mois de juin 1896.

Deux mots d'abord sur ses antécédents pathologiques : ni dothiéntérie, ni aucune infection intestinale antérieure dont la malade ait gardé le souvenir. Je signalerai cinq grossesses normales; *au cours de la dernière* (1875), la malade eut par deux fois des crises gastralgiques douloureuses assez semblables aux crises pseudo-gastralgiques de colique hépatique dont elle fut atteinte dans la suite.

Au mois de juin 1896, pour la première fois, durant une semaine, la malade accuse des douleurs très violentes, revenant par crises, dont l'intensité maxima siégeait au creux épigastrique; ces douleurs ne furent accompagnées ni de nausées, ni de vomissements. Dans les jours qui suivirent, un peu de subictère sclérotical apparut, mais sans décoloration des matières, ni teinte foncée des urines. Bien que le médecin, mandé à cette époque, n'ait songé qu'à des troubles dyspeptiques, les troubles que nous signalons marquent le prélude des accidents ultérieurs plus francs et plus classiques de lithiase biliaire.

L'année suivante (janvier-février 1897), seconde crise, calquée point pour point sur la précédente.

A partir du mois de novembre dernier (1897), la malade souffre continuellement dans la région de l'hypochondre droit; à ces douleurs s'associent un état de malaise général, de l'anorexie, des nausées, *enfin une teinte subictérique des téguments avec légère décoloration des fèces*. Au mois de décembre, la malade constate, dans la région du flanc droit, la présence d'une tumeur dure non douloureuse et du volume d'une noix : c'était la vésicule biliaire.

En janvier 1898, pour la première fois, grande crise classique de colique hépatique; vers la fin de mars, la malade retrouve dans *ses matières un gros calcul biliaire* du volume d'une noisette.

Le 14 mai 1898 (quatre mois après), deuxième crise de colique hépatique accompagnée d'accidents d'angiocholite calculeuse : elle eut en effet des accès de fièvre, caractérisés par un frisson initial violent suivi d'un stade de chaleurs, ces accès reparaissant tous les deux jours.

Depuis cette époque, l'ictère est devenu permanent, *l'amai-grissement est considérable*; les urines ont une teinte acajou et les matières sont légèrement décolorées.

C'est en cet état que la malade m'est adressée, le 11 juin 1898, par mon excellent maître, M. Léon Labbé.

Dès son arrivée, la malade est mise au repos au lit; régime lacté absolu. Calomel à l'intérieur. Lavements froids. Sa température est prise toutes les deux heures et dès le surlendemain 13 juin, nous constatons qu'elle a eu *un accès de fièvre rémittente bilioseptique* avec frisson, stade de chaleur. Température à 38,5, mais dont la durée fut courte (sept heures à peine).

Examen de la malade. — Le ventre est souple, non ballonné ni douloureux. Le foie remonte à quatre travers de doigt au-dessus du rebord inférieur des fausses côtes et *descend à 3 centimètres au-dessous*.

Le fond de la vésicule biliaire est *sensible à la palpation et douloureux*; on sent avec une facilité extrême, une tumeur du volume d'une noix, *excessivement dure*, que la minceur de la paroi abdominale permet de délimiter exactement. Cette tumeur siège à l'intersection de deux lignes : une horizontale, passant par l'ombilic, une verticale, passant par la ligne axil-

laire, à trois travers de doigt au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes. Malgré l'âge et l'état de fatigue de la malade, l'intervention s'impose.

Le 16 juin 1898, je fais la laparotomie sur le bord externe du muscle droit. Le péritoine étant incisé, un écarteur supérieur relève en haut le bord intérieur du foie, tandis qu'un second écarte la lèvre droite de l'incision cutanée. On aperçoit de suite la vésicule biliaire bilobée, nettement sensible à la palpation, contenant des calculs. La vésicule biliaire facilement décollée de la face inférieure du foie, et attirée par la main gauche comme j'ai conseillé de le faire, je procède à l'exploration du canal cystique, puis du canal hépatique, enfin du canal cholédoque qui renferme un très volumineux calcul, que je reconnais immédiatement et que j'amène de suite sous mes yeux.

Un petit coup de doigt permet d'abaisser l'angle du duodénum ; le doigt de la main gauche soulevant le calcul, je fais très facilement *une incision de cinq centimètres sur la paroi antérieure du canal cholédoque* énormément dilaté. Extraction du calcul qui mesure 4 centimètres de hauteur et 3 centimètres de largeur.

Suture des parois du canal par seize points, à la soie, séparés l'un de l'autre par une distance de 2 millimètres ; un second plan en surjet est destiné à consolider ces sutures ; le tout est fait très facilement, tout à fait à portée et sans présenter la moindre difficulté.

Je fais suivre cette cholédocotomie d'une cholécystotomie. Un drain est placé sur le pédicule du canal cystique énergiquement cautérisé au thermo-cautère et fortement lié par deux grosses soies ; ce drain est tapissé de mèches iodoformées (pré-

sentation de la vésicule contenant un liquide épais, blanchâtre, crémeux et deux gros calculs).

Les suites opératoires sont jusqu'à présent très satisfaisantes, comme le montre la feuille de température que voici. La température n'a pas dépassé 37°4, le pouls toujours à 100.

Le 18 juin, quelques vomissements actuellement arrêtés, mais aucun suintement de bile par la plaie.

Le 22 juin, le drain est retiré, qui n'est nullement souillé de pus. L'état général s'améliore chaque jour, les matières sont colorées, la malade est déjàunie. J'espère bien obtenir un complet résultat sans aucun écoulement de bile.

OBSERVATION 25

Vautrin. — Crises douloureuses depuis deux ans. Ictère variable avec les crises. Selles décolorées. Affaiblissement. Douleurs au niveau de la gouttière vertébrale droite. Vésicule non perceptible. Cholécotomie, sutures, drainage. Mort. *Revue de chirurgie*. tome XVI, p. 464 et 465

Mme T..., d'Etain, âgée de 58 ans, m'est adressée le 30 février 1896 pour des troubles digestifs d'origine un peu indéterminée. Cette malade était sujette *depuis deux ans à des crises douloureuses violentes, accompagnées de vomissements, d'ictère et d'affaiblissement général*. Les douleurs avaient pour siège l'hypochondre droit et s'irradiaient dans la région dorsale. Comme elles étaient de longue durée et qu'elles se terminaient souvent par un flux diarrhéique, un premier médecin avait pensé à la présence d'une tumeur provoquant une compression intestinale. Les crises se rapprochèrent de plus en plus, au point de ne laisser à la malade, dans leur intervalle, que peu de jours de répit,

pendant lesquels l'appétit et les forces se révélaient à peine. Après un an de ces accidents intermittents, Mme T... *s'était affaiblie* ; sans cesse sous le coup de nouvelles douleurs, elle demandait bientôt à un second confrère de venir à son secours. Pensant à des accidents lithiasiques, le médecin consultant, lui conseilla de s'adresser à un chirurgien.

Lorsque je vis Mme T... pour la première fois, elle était encore sous l'influence d'une crise qui avait duré une semaine sans aucun répit. Je la trouvai très faible, en proie aux vertiges et aux symptômes d'une rétention biliaire complète. Le foie ne me parut pas dépasser sensiblement le rebord costal ; *on ne sentait pas la vésicule*. En déprimant fortement la paroi abdominale vers la *gouttière vertébrale droite*, je déterminais un point précis où un relief sensible s'accusait sous mes doigts, *une douleur vive*. Les selles étaient *décolorées*, les urines rares et couleur acajou foncé. Je conseillai à la malade de demeurer à l'hôpital et je lui proposai une intervention après la fin de la crise.

Deux jours après, les symptômes s'amendaient, *l'ictère s'atténuant sans disparaître entièrement* ; l'alimentation lactée pouvait être reprise ; une promenade devenait possible et je pouvais la semaine suivante opérer la malade.

L'opération fut pratiquée le 4 mars, avec le concours de mes excellents confrères, les D^s Adam et Dufner. Après incision verticale en dehors du muscle droit et ouverture du ventre, je rencontrai un foie *légèrement hypertrophié*, d'une couleur violacée suspecte et d'une dureté considérable. Le bord tranchant de l'organe avait disparu sur tout le lobe droit et était remplacé par une surface accidentée, avec des saillies et des dépressions multiples. La vésicule avait son volume normal et ne contenant aucune concrétion. Elle était entourée d'adhérences avec

le côlon transverse et l'épiploon. En présence de la lésion du foie et des exsudats qui comblaient l'espace sous-hépatique, je fus pris d'hésitation et j'eus l'idée de battre en retraite. J'aurais agi plus sagement en le faisant, ainsi que l'avenir me le démontra; mais entraîné par le désir de vérifier l'existence de l'obstruction et de contrôler mon diagnostic, je libérai les adhérences, jusqu'au hile du foie, j'ouvris avec le doigt l'hiatus dont l'orifice était obitéré, et je palpai le cholédoque. Je le trouvais très dilaté jusqu'au dessous du duodénum, où je rencontrai une dureté volumineuse et étendue. Il s'agissait bien d'un calcul placé dans la région rétro-duodénale, au-dessous de l'union des deux portions du duodénum.

La malade supportant bien l'anesthésie, j'incisai les parties molles représentant le feuillet superficiel de l'épiploon gastro-hépatique modifié par l'inflammation. Cette incision fut faite au-dessus de l'angle du duodénum, parallèlement à l'insertion de cet organe de façon à le séparer du plan sous-jacent. Le duodénum fut libéré du cholédoque et d'une petite partie du pancréas sur une étendue de 2 centimètres environ. J'eus alors sous les yeux le siège de l'obstruction. La pointe du bistouri traça longitudinalement une incision de 1 à 2 centimètres dans la paroi du cholédoque. Aussitôt une abondante hémorrhagie cœneuse se produisit et ne put être arrêtée que par une compression de quelques instants, puis l'incision fut achevée et les deux lèvres sorties par des pinces hémostatiques et réclinées. Je mis ainsi à découvert une masse calcaire dans laquelle la sonde canelée pénétrait facilement; toutes les tentatives pour circonscrire le corps étranger et l'énucléer furent vaines, à chaque introduction la sonde ramenait quelques débris de cette

concrétion qui s'étendait sur un espace de 2 centimètres environ.

Je me servis alors d'une curette pour retirer une sorte de bouillie calcaire, au milieu de laquelle on reconnaissait quelques petits calculs à facettes. L'extraction fut longue, parce qu'un flot de bile épaisse, d'aspect fécaloïde, fit éruption par la plaie dès que j'eus désobstrué en partie vers le foie. Vingt minutes environ furent nécessaires pour extraire tous les produits calcaires renfermés dans le cholédoque. A défaut d'une bougie en gomme, je vérifiai la perméabilité de la partie terminale du conduit à l'aide de la sonde cannelée. Pour abréger l'opération, je fis *la suture* de la plaie du cholédoque par un seul plan de surjet à la soie, puis je laissai *un tube à drainage* au niveau de la partie interne de l'espace sous-hépatique, et je tamponnai le reste de cet espace par un Mickulicz à la gaze iodoformée. La plaie pariétale fut fermée à trois étages.

La malade se remit rapidement du schok opératoire, ne présenta aucune réaction fébrile et parut se remonter durant les premiers jours. L'écoulement de la bile par la plaie se montra abondant, puis diminua sans que les selles parussent recolorées. Le cinquième jour sans fièvre ni douleur, l'opérée fut très agitée; la respiration devint fréquente, le pouls petit, la langue sèche. L'écoulement de la bile se tarit à peu près, les urines devinrent rares, et un peu d'incohérence se fit voir dans les idées. Ces phénomènes d'insuffisance hépatique se prononcèrent de plus en plus jusqu'au neuvième jour après l'opération époque à laquelle la malade succomba. A aucun moment on n'avait constaté de réaction abdominale. Le tube de caoutchouc était seul resté en place après le quatrième jour, suffisant amplement à l'élimination des liquides de l'espace sous-hépatique. L'autopsie ne put être pratiquée.

OBSERVATION 26

Délagénère (1) (au Mans). — Crises douloureuses depuis 14 ans. Ictère prononcé. Selles décolorées. Amaigrissement. Sensibilité du foie à la pression. Occlusion du cholédoque par calcul biliaire, angiocholite. Cholécystotomie idéale. Cholécotomie, sutures, drainage. Guérison ; obs. due à l'obligeance de M. le Dr Delagénère (inérite).

La nommée Amélie G..., Vve S... âgée de 62 ans, habitant au Mans, nous est adressée par le Dr Bolognesi.

La grand'mère de cette malade avait des rhumatismes nouveaux. Une sœur a des coliques néphrétiques. Elle-même a eu de la gravelle il y a une quinzaine d'années.

Il y a 14 ans, elle a eu une crise très violente de douleurs à l'épigastre avec vomissements. Il y a 4 ans, nouvelle crise, et à la suite ictère qui dure 15 jours. Depuis deux ans, les crises deviennent de plus en plus fréquentes, jusqu'à 3 et 4 par semaine. Une saison à Vichy ne fait qu'aggraver les symptômes, les crises se suivent de très près : la douleur partie de l'hypochondre droit s'irradie aux régions sternales et épigastrique, au rachis, à l'épaule et au bras droits ; *ictère* ; urines rares acajou ; *selles décolorées*. L'estomac ne peut plus rien supporter et *la malade maigrit énormément*.

Etat actuel. — En explorant par le palper on ne sent pas la vésicule. Mais *la pression* sur le bord du foie détermine dans

1. Observation due à l'obligeance de mon interne M. Meyer,

la région, *une douleur très nette*. Tous les signes de rétention biliaire sont accusés : *ictère prononcé*, [selles décolorées, urine acajou.

L'état général est très mauvais. Le cœur et les poumons n'ont rien ; les urines sont normales quoique peu riches en urée (12 gr. 50), elles contiennent du pigment biliaire, mais la malade a maigri de 22 ou 23 kilog. Elle ne pèse plus que 42 kilog. 500. Elle est très faible et a des syncopes.

Préparation. — La malade est purgée, rasée et portée dans un bain car elle ne peut marcher.

Opération le 16 octobre 1897. — Assistance du Dr Bolognesi. Sont présents Dr Rocher, M. Aveline, étudiant en médecine. Meyer, interne du service. L'éther est donné par M. Cretin.

Incision du rebord costal, sur le bord externe du muscle droit longue de 15 centimètres. Je trouve très profondément un noyau dur, accolé à la face inférieure du foie, semblant faire corps avec la glande. Cependant j'arrive à le décoller et je reconnais la vésicule biliaire rétractée sur deux calculs et vide de liquide : il n'y a plus trace de canal cystique. *J'ouvre la poche*, j'extirpe les calculs, je cherche inutilement à faire passer une sonde dans les voies biliaires. Je tire cette conclusion que les voies biliaires accessoires sont détruites au point de vue fonctionnel puisque le canal cystique n'est plus perméable et je me décide à ne pas recourir à la vésicule comme moyen de drainage. Je referme donc *la vésicule* au catgut, achevant ainsi une cholécystotomie idéale.

Les deux pierres trouvées ainsi n'expliquent pas les accidents hépatiques récents, surtout l'ictère. J'explore donc le cholodé-

que et au voisinage de l'intestin, je le trouve très dilaté par un gros calcul très peu mobile.

Je cherche par des pressions à lui faire franchir l'ampoule de Vatter mais au-dessous, le canal est rétracté et ne permet pas de faire mouvoir le calcul. Tout déplacement en haut est aussi impossible.

J'incise alors le cholédoque dans le sens de sa longueur, tout près de son abouchement dans le duodénum que mon aide attire au dehors autant qu'il est possible. Une incision de 15 m/m environ me permet d'extraire un gros calcul arrondi. Cette incision est faite sur le calcul, à petits coups, de la pointe du bistouri. Pour éviter la lésion du conduit, je *suture l'incision* transversalement au moyen de deux surjets superposés l'un au catgut sur la muqueuse, l'autre à la soie fine sur la séreuse.

Je place *un drain* sous le foie, aboutissant à la vésicule; puis je ferme le péritoine avec un surjet de catgut; points séparés de catgut sur l'aponévrose. Drain sous la peau et surjet métallique.

Pansement avec des compresses stériles.

Durée totale : 1 h. 45.

Marche. — La malade a du shock que l'on combat au moyen d'injections de sérum (500 gr. dans la soirée). Température 36,6. Le sixième jour, la température oscille, 37 le matin, 38 le soir. Le septième, on trouve du pus dans le pansement et la pression en fait sourdre par le tube du péritoine.

Le dix-huitième jour, la malade peut se lever.

Le vingt-cinquième, 18 novembre, elle sort; elle a encore un petit tube que l'on peut supprimer quatre jours après.

Nous avons eu souvent des nouvelles de cette malade qui va très bien. En avril, elle a regagné 10 kilos environ.

Sécrétion biliaire. — Rien à noter à ce point de vue, la bile a été régulièrement versée dans l'intestin dès l'opération, à aucun moment, il n'en est sorti par la plaie. La malade pendant ces quelques jours qui ont suivi l'opération a présenté à plusieurs reprises de la diarrhée contre laquelle nous avons prescrit des purgatifs salins et du calomel.

OBSERVATION 27

Delagenière (au Mans) (1). Coliques hépathiques depuis 2 ans 1/2. Ictère à différentes reprises. Selles couleur mastic. Foie sensible à la palpation. Calculs enclavés dans le cholédoque. Cholédocotomie avec sutures, associée à une cystico-cholecystotomie. Guérison. Obs. due à l'obligeance de M. le Dr Delagénère (inérite).

La nommée Marie, âgée de 36 ans, demeurant à St-Symphorien (Sarthe) nous est adressée par le Dr Trolong de Bernay, elle rentre à la clinique le 18 juin 1898.

Dans ses antécédents héréditaires ou personnels on ne relate rien de particulier, elle est dyspeptique depuis sa jeunesse.

Il y a 2 ans 1/2 elle fut prise pour la première fois de coliques hépathiques, douleurs épigastriques avec irradiation dorsale, point douloureux dans la région hépathique, vomissements biliaires. Cette première crise dura deux jours, 9 jours après elle

1. Observation due à l'obligeance de mon interne, M. Sudaka.

en eut une seconde puis elle eut pendant un mois, des poussées aiguës tous les huit ou dix jours. A la 3^e elle fit de l'ictère et resta jaune pendant une quinzaine de jours. Depuis deux ans a une douleur sourde et continue dans la région hépatique avec *poussées aiguës* tous les soirs et à la suite du moindre écart du régime ; *elle a eu à différentes reprises de l'ictère*, la dernière attaque remonte au 14 mai dernier, elle eut *un peu d'ictère*, de violentes douleurs calmées seulement par des injections de morphine.

Actuellement elle n'a pas de douleurs spontanées, ses digestions sont difficiles, elle est constipée et *ses selles sont couleur mastic*, on n'a jamais trouvé de calculs dans les selles.

La malade est *ictérique*, son état général ne semble pas fortement atteint.

La palpation de l'abdomen dans la région hépatique révèle un point douloureux net au niveau de la vésicule.

En palpant la région lombaire qui est douloureuse à la pression, on sent une masse dure, assez volumineuse, située sous le foie et qui semble être le rein déplacé.

Opération le 14 juin 1894 avec l'assistance du Dr Vincent et de mon interne M. Sudaka. Sont présents les Dr Trolong et Fouchard. La malade est anesthésiée à l'éther par M. Crétin et après asepsie de la région on fait une incision de 15 centimètres le long du bord externe du grand droit on trouve de nombreuses adhérences péritonéales, indues d'une péritonite adhésive ayant pour point de départ la vésicule biliaire. Celle-ci est rétractée et très adhérente au péritoine, elle présente sur son fond une cicatrice provenant de la migration probable d'un calcul. Le canal cystique est très dilaté il mesure à peine deux centimètres de longueur. On ponctionne la vésicule, et on en retire

une petite quantité de bile, *on l'ouvre* sur son fond et la cavité est lavée à l'eau stérilisée chaude.

On ne trouve pas de calculs dans l'intérieur de la vésicule ni dans le canal cystique.

Mais par la palpation intrapéritonéale on sent nettement trois renflements successifs sur l'étendue du canal cholédoque. Ces renflements sont dus à la présence de calculs volumineux situés dans le canal. Le premier calcul n'est pas très éloigné du canal cystique et je cherche d'abord par des pressions à le mobiliser et le faire remonter vers la vésicule. Toutes les tentatives faites dans ce but sont infructueuses. Avec les doigts et à travers les parois du cholédoque j'écrase ce premier calcul et parviens à faire passer les débris du calcul à travers le canal cystique et la vésicule. Ce premier calcul enlevé, je cherche, mais en vain, à mobiliser le deuxième, je l'écrase sur place mais ne puis en faire cheminer les morceaux vers la vésicule. M'adressant alors au troisième calcul je cherche à le mobiliser et à le refouler vers l'intestin, il est absolument immobile et je ne puis l'écraser à travers la paroi du canal.

Ce canal cholédoque est difficile à reconnaître, il est déformé et surtout enfoui dans des adhérences qui modifient son aspect et sa direction. Sa forme est également changée par la présence des calculs qu'il contient, de sorte que l'incision directe de ce canal me paraît périlleuse. Je me décide à continuer l'incision de la vésicule sur le canal cystique puis sur le canal cholédoque jusqu'aux calculs. Je fais cette incision sur la paroi antérieure du canal cystique et sur la paroi antérieure du canal cholédoque. Je me sers des ciseaux, progressivement, en saisissant de proche en proche les lèvres de l'incision avec des pinces de Kocher. Cette manière de faire a l'avantage d'amener les parties

profondes dans le champ opératoire et de les rendre ainsi accessibles successivement. J'arrive ainsi peu à peu et sûrement jusqu'aux calculs que j'enlève facilement. Le dernier est à peine distant de 2 centimètres du duodénum.

Lorsque ce dernier calcul est enlevé je passe facilement une sonde n° 12 dans le reste du canal jusque dans le duodénum. Je laisse cette sonde à demeure et me propose de *reconstituer par dessus le canal cholédoque et le canal cystique*. Je pratique un premier *surjet* à points serrés avec une soie fine sur la muqueuse, sur le cholédoque d'abord ; puis sur le cystique et enfin sur la paroi latérale de la vésicule en laissant le fond de cette dernière ouverture pour établir une fistule temporaire. Par dessus ce premier *surjet* j'en place un deuxième séro-séreux à points serrés.

Saisissant alors le fond de la vésicule ouvert, je l'attire au dehors, suture le péritoine pariétal tout autour de la vésicule et au-dessous de son ouverture, de façon à isoler la séreuse que je ne laisse ouverte qu'à la partie inférieure de la peau pour le passage d'un drain.

J'établis ensuite la *fistule biliaire* à travers une boutonnière de 15 millimètres, faite à travers le bord externe du muscle droit, en fixant à l'aponévrose du muscle la muqueuse de la vésicule. J'installe un tube à *drainage* dans la vésicule et le fais ressortir par un orifice créé à travers la peau et à 15 millimètres environ de l'incision.

La plaie est alors lavée, l'aponévrose suturée au moyen d'un *surjet* métallique, enfin la peau est réunie avec un *surjet* métallique.

La plaie est pansée avec des compresses stérilisées.

L'opération a duré 2 heures.

Suites. — Le soir de l'opération, la malade a 38,2 elle a un peu de choc, sa respiration est pénible, le visage est légèrement cyanosé.

Le 15 juin, même température, même état, la malade fait une hémorrhagie utérine, elle n'a pas eu ses règles depuis décembre 1897, l'utérus paraît un peu augmenté de volume, le col est entr'ouvert de sorte qu'on pense à une fausse couche. Le 16 : 38,2 le matin et 37,8 le soir, la métrorrhagie continue, on sent au toucher une substance mollassse dans le col. On pratique immédiatement le curettage de l'utérus et on retire une quantité assez considérable de débris charnus qui ressemblent à des débris placentaires œdématiés.

Le 17, le 18 et le 19 la température baisse peu à peu jusqu'à la normale, plus d'hémorrhagie utérine.

Le 20. — Le drain placé dans le péritoine est enlevé ainsi que les sutures de la peau ; le 24, le drain remplacé dans la vésicule est retiré et la malade peut être considérée comme guérie.

Sécrétion biliaire. — La bile est rendue en grande quantité par le drain de la vésicule pendant les premiers jours. Cette bile est brunâtre, contient de nombreux fragments de calculs et de la boue biliaire. Le quatrième jour, la bile redevient à peu près normale, mais le tube est laissé pendant quelques jours pour faciliter le drainage des voies biliaires. Ce drainage est supprimé le onzième jour.

Jusqu'à ce moment, les selles sont complètement décolorées.

Le lendemain du jour où le tube est supprimé la bile réapparaît dans les selles. Il s'écoule cependant encore par l'orifice du drain une certaine quantité de bile qui va en diminuant.

Aujourd'hui, le dix-septième jour après l'opération et le

sixième après l'ablation du drain, l'écoulement extérieur de la bile est insignifiant.

OBSERVATION 28

Kocher (1). Attaques de coliques hépatiques depuis 16 ans. Ictère foncé progressif. Selles peu colorées. Frissons. Fièvre. Foie hypertrophié. Vésicule non perceptible. Cholédocolithotripsis. Guérison. *In Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, n° 4, p. 97-106, 15 février 1892. *Progrès Médical*, n° 23, 4 juin 1898, p. 357 et 348.

H. K..., âgé de 52 ans, entre à l'hôpital le 22 avril 1889.

Le père du malade est mort de phtisie à l'âge de 62 ans. La mère âgée de 75 ans, vit encore, et est bien portante. Un frère a 40 ans; une sœur est morte de phtisie à l'âge de 24 ans. Personne dans la famille n'a souffert de lithiase biliaire.

Le malade aurait eu le typhus avec une *congestion pulmonaire* à l'âge de 4 ans. En 1855-1860, époque à laquelle il était employé de chemin de fer en Croatie, il a eu des accès de *fièvre intermittente*, après avoir présenté des troubles gastriques, et, probablement, un *typhus ambulatorius*.

Autrement, le malade était vigoureux et bien portant. Il dit n'avoir jamais eu d'affections vénériennes. En 1868, nouvelle *pneumonie*, qui guérit sans complications.

Pendant son séjour à Vienne, en 1873, il fut brusquement pris

1. Nous tenons beaucoup à reproduire cette observation *in extenso* car elle est très instructive surtout au point de vue de la symptomatologie.

de douleurs, sorte de *coliques* violentes, qui durèrent 24 heures. Le malade ne sait si, à ce moment il a eu, ou non, de l'ictère. En 1876, le malade a eu une seconde *attaque* analogue, à Berne. Ici aussi, le malade ne sait rien, sur l'ictère. De 1876 jusqu'à l'hiver de 1877, *les attaques* revinrent 4 fois. En 1884, une *attaque* qui dure 2 jours. Un médecin, appelé à cette occasion, constata la présence de l'ictère. Lorsque le malade, après l'attaque, alla à la selle, on trouva dans les matières plusieurs calculs de la dimension d'un grain de café. En 1887, *les attaques* devinrent très fréquentes, 2 environ par mois ; duraient 1 à 2 jours, et s'accompagnaient toujours d'ictère. Du 17 novembre au 20 décembre, le malade a été obligé de garder le lit, à cause de douleurs devenues presque continues. Accalmie pendant 2 jours, puis réapparition des douleurs qui obligent le malade à garder le lit pendant plusieurs semaines. Il ne sait pas si à ce moment, il était ictérique ou non. Il n'y avait pas de calculs dans les selles, qui étaient très peu colorées. et même, par moment, incolores. Le 10 février 1888, on trouve dans les selles du sang et des membranes, mais peu de calculs. A cette époque le malade ne souffrait pas beaucoup et même se trouvait bien depuis quelques jours.

Le 11 février, à 5 heures du soir, syncope subite suivie de convulsions généralisées à tous les muscles du corps. Le malade resta sans connaissance jusqu'au lendemain matin. Après cette attaque, il se sentit faible pendant un long temps. Le ventre resta longtemps douloureux dans la région de l'hypocondre droit, mais sans qu'il y eût de tympanisme. Jusqu'à l'été, le malade eut des tiraillements et des douleurs dans la région hépatique, qui disparurent peu à peu. Le 1^{er} avril 1888, nouvel accès de coliques, suivi de frissons. *Les frissons se re-*

pètent pendant 14 jours, en s'accompagnant d'une élévation de température à 40. L'ictère augmente d'une façon notable depuis la fin de mars 1889 jusqu'au moment où la malade entre à l'hôpital. Depuis longtemps, le malade est incapable de travailler.

Le 13 avril 1889, expulsion indolore d'un gros calcul avec les selles (Voir la figure dans le texte allemand). D'après le médecin qui a soigné le malade, la crise du 41 février 1888 ressemblait à un accès d'urémie. Les convulsions qui ont envahi tout le corps, ont duré toute la nuit. Le lendemain matin, on trouva dans l'urine une masse muqueuse épaisse, verdâtre, ressemblant à de la bile ; la même masse se retrouvait dans les urines encore pendant trois semaines après l'accès. A ce moment, le malade aurait été *ictérique* au plus haut degré, et la vésicule ou le foie auraient descendu jusqu'à la symphyse. Le malade a été vu après l'accès, par le professeur Lichenstein, qui a dit que les masses contenues dans l'urine étaient de la bile. Du 22 décembre 1887 jusqu'au 10 février 1888, le malade aurait été très ictérique et les selles décolorées.

Etat actuel. — Le 1^{er} mai 1889. — Homme bien bâti, bien musclé, assez maigre, *ictérique* au plus haut degré. Peau et conjonctives colorées en jaune intense. Langue humide, non chargée ; pupilles égales, réagissant d'une façon normale.

Rien d'anormal du côté des poumons.

Limites du cœur : en haut, bord supérieur de la quatrième côte ; à gauche, un travers de doigt en dedans de la ligne mammaire ; à droite, bord gauche du sternum ; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal en dedans de la ligne mammaire. Limites des poumons, à droite : bord supérieur de la sixième côte dans la ligne mammaire ; à gauche : dans la ligne axillaire de la huitième côte.

Abdomen. — Un peu distendu dans les parties supérieures surtout à droite, non douloureux à la pression, de sorte que la respiration est nettement costo-abdominale. Le bord tranchant du foie se sent nettement; dans la ligne mammaire, il *dépasse de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes*. Sur la ligne médiane, il se trouve à égale distance entre la pointe du sternum et l'ombilic, et atteint le rebord costal gauche au niveau de la ligne mammaire gauche. Dans cette région, *la matité du foie* se confond avec celle de la rate qu'on trouve sur la ligne axillaire de la huitième à la dixième côte. Les régions inguinales ne sont pas mates à la percussion; pas d'épanchement liquide libre dans l'abdomen comme nous l'avons dit, le bord du foie est tranchant. Sans chloroforme, *on ne sent rien de la vésicule biliaire*. Rien d'anormal dans l'abdomen, ni à la palpation, ni à la percussion.

Dans les aînes, deux ou trois ganglions durs, élastiques, des dimensions d'un haricot. Pas de tuméfaction ganglionnaire.

Les selles, depuis que le malade se trouve à l'hôpital, sont *peu colorées*. L'urine est foncée avec une réaction de Gueslin très douteuse; pas de sucre, ni d'albumine. Du 24 avril au 13 mai le poids spécifique a oscillé entre 1.010 et 1.026; la quantité a varié entre 900 et 3.500 cc. Température normale. Pouls régulier, bon, à 60. Appétit bon, sauf pour la viande. Rien d'anormal du côté du dos et des membres inférieurs.

Opération. — Le 13 mai 1889, avec l'assistance du Dr Landry, incision *oblique* de la ligne médiane vers la ligne axillaire, un peu au-dessus du bord inférieur du foie; hémostase très exacte. Section du droit et des muscles de l'abdomen. Ligature de l'artère et de la veine épigastrique supérieures.

Après la section de l'aponévrose transverse, le péritoine est divisé et suturé à l'aponévrose et au tissu cellulaire sous-cutané, pour protéger les muscles coupés. La surface du foie est granuleuse, rouge-bleue. Le foie est soulevé, et on voit qu'à la place de la vésicule, il n'existe que des brides fibreuses, et qu'à ce niveau le côlon, l'intestin et l'épiploon forment une masse soudée. Il n'existe pas, par contre, d'adhérences avec le rein et la vessie. Les brides épiploïques sont liées et sectionnées. On peut alors se porter en profondeur sur le côté des anses adhérentes, et on sent à ce moment un *calcul*, gros comme une noix, qui peut servir de point de repère, et qui est rendu visible. Le canal cholédoque est très dilaté, et mesure 2 centimètres environ de diamètre. Il descend de la face inférieure du foie, à un travers de doigt environ du sillon profond du foie. En dehors, le canal cystique est représenté par une simple bride, courant dans la direction de la vésicule. Le canal cholédoque mesure 3 cent. à 3 cent. 1/2 de longueur, jusqu'au point où il passe derrière le duodénum, sur la face postérieure duquel il peut encore être suivi. Dans la partie dilatée se trouve encore un second calcul, moins volumineux. Tous les deux se laissent facilement écraser entre le pouce et l'index.

La vue d'une cholédocho-duodénostomie ultérieure possible. on réunit le canal cholédoque au duodénum, à l'aide de cinq points de suture; mais, comme pour le moment l'obstacle se trouve levé, et tout danger écarté, on ne fait pas de suture circulaire, ni d'ouverture.

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération : T. 35,2 et 35,7 ; P. 88 et 80.

14 mai 1889. — Le malade se sent bien ; pas de douleur de ventre ; ictère bien moins marqué que la veille. L'urine ren-

ferme encore beaucoup de substances colorantes de la bile; pas d'albumine. T. 36,4 et 36,5; P. 81. — 15 mai. On enlève les sutures profondes. La malade *urine* pour la première fois depuis 1.500 cc. d'urine avec poids spécifique de 1.022. T336,2, 36,4 et 36,7; P. 70, 74 et 76. — 16 mai. T. 36 et 36,5. P. 72 et 76; *urine* 1.000 cc. et poids spécifique 1.027. Le malade se sent fort bien. On enlève les sutures. Belle réunion par première intention. Collodion sur la plaie. 17 mai. T. 36, et 36,5. Urine 1.200, avec poids spécifique de 1.023. 18 mai. Le malade, qui n'est pas encore allé à la selle, reçoit un lavement. T. 36,6 et 38,8 *Urine* 1.200 avec poids spécifique de 1.023. 19 mai T. 36,3 et 36,5. *Urine* 2.000 avec poids spécifique de 1.016. Le lavement n'a pas fait d'effet. Le soir, second lavement avec de l'eau de Karlsbad. 20 mai. Lavement avec 30 grammes d'huile de ricin ; sans effet. Urine 9.900 cc. avec poids spécifique de 1.012. T. 36,5, 36,7. 21 mai. T. 36,6 et 36,7. Urine 2.000 cc. avec poids spécifique de 1.012. Le malade se sent très bien. *On ne trouve plus que des traces d'ictère même sur la conjonctive.* L'urine renferme bien moins de substances colorantes. Le soir *selle colorée renfermant de nombreux fragments de calculs biliaires* qui, d'après l'analyse du Dr Nencki, se composent de cholestérine et bilirubine. Le fragment le plus volumineux mesure de 5 cm. de largeur sur 5 mm. d'épaisseur, est assez rond et stratifié. D'autres fragments sont tétraédriques et présentent l'enveloppe vert foncé caractéristique et un noyau jaune verdâtre. T. 36,6 et 36,7 ; urine 2.000 cc. avec poids spécifique de 1.011. 23 mai Seconde selle bien plus colorée que d'habitude. Le malade a toujours un peu d'ictère. Une petite quantité de matières colorantes de la bile dans l'urine. *La matité du foie dépasse le rebord costal droit d'un travers de doigt.* Le foie n'est pas douloureux.

On donne au malade de la viande veau. 25 mai. Le malade est présenté à la *Société de médecine*. Le 8 juin. Le malade quitte l'hôpital. La cicatrice de la plaie est belle, linéaire. Pas trace d'ictère. Etat général très bon. L'urine renferme encore des traces de substances colorantes de la bile.

Etat du malade au 29 novembre 1889. — Le malade s'est toujours bien porté depuis l'opération. L'ictère a disparu. Le malade mange et boit tout ce qu'il veut, est devenu gras, n'a plus eu de douleur et a repris ses occupations.

Le foie dépasse le rebord des côtes de deux travers de doigt et n'est pas douloureux. La cicatrice est longue de 22 cm., est à 1 cm. du rebord costal ; elle est rétractée, indolore et se tend un peu dans son extrémité interne quand le malade tousse.

OBSERVATION 29.

Heussner. Coliques hépatiques intolérables depuis un an. *Ictère à plusieurs reprises. Amaigrissement. Douleurs au niveau de la vésicule. Matières fécales brunes. Vésicule non perceptible. Cholecystotomie idéale.* Tentatives de refoulement des calculs du cholédoque dans la vésicule et le duodénum et le cholédocolithoptrisie. *Cholédochotomie. Guérison. Th. Voigt. Zur Chirurgie der Gallenblase.* (Cas VII de ce mémoire) ; in *Deut. méd. Wochenschr.*, août 1890, n° 34, p. 767 et 768. *Reproduction in extenso* (1).

Il s'agissait d'une femme de 38 ans qui, depuis l'âge de 15 ans, souffrait de coliques hépatiques, de plus en plus violentes et *devenues intolérables depuis un an.* A plusieurs reprises, *elle a*

1. Marcel Beaudoin. Les opérations exceptionnels sur le cholédoque. *Progrès Médical*, n° 23, 4 juin 1898, p. 358 et 359.

eu de l'ictère. Presque à chaque accès de coliques, la malade rendait avec les sels, des calculs de la dimension d'un pois.

Depuis longtemps elle était traitée sans succès par des médications internes, lorsque, le 5 juin 1889, elle entra à l'hôpital. Elle disait que, depuis six semaines, les douleurs ne l'avaient, pour ainsi dire, pas quittée, et que, depuis cette époque, elle ne trouvait plus de calculs dans ses selles,

Depuis quelque temps *la malade a maigri beaucoup*, est devenue faible, nerveuse et très excitable. Elle se plaint de maux de tête, de démangeaisons, de renvois, accompagnés de vomissements bilieux, de constipation. *Il y a peu d'ictère.* Le foie n'est pas augmenté de volume; *la vésicule biliaire est impossible à sentir.* A son niveau, on trouve une résistance peu nette qu'il est impossible d'explorer en détail, *à cause des douleurs.*

Les matières fécales, plus pâles peut-être qu'à l'état normal, sont pourtant *brunes*. Dans l'urine, on trouve des traces d'acides biliaires. Le diagnostic n'était pas difficile à faire. Les antécédents indiquaient nettement la présence de calculs; le tableau que présentait la malade était bien celui de cholémie; seulement, ce qui devait paraître surprenant, il n'y avait pas d'hypertrophie du foie, ni de stase dans la vésicule, et les matières fécales avaient gardé leur coloration brune, et la coloration ictérique de la peau était très peu accusée. Il était évident ici, que l'écoulement de la bile dans l'intestin n'était pas complètement arrêté; et pourtant, il devait exister un obstacle sérieux, puisqu'il avait provoqué des symptômes de cholémie. Le siège de l'obstacle devait se trouver dans le cholédoque, à moins d'admettre l'existence de calculs hépatiques, et une occlusion du canal hépatique.

Enfin, il fallait encore se rendre compte de la nature de l'obstacle. La lithiase biliaire *était certaine*; seulement, on pouvait se demander s'il n'existait pas, en même temps, un néoplasme développé à la suite de l'irritation continuelle des voies biliaires par les calculs.;

Il était temps d'intervenir, si l'on prenait en considération l'affaiblissement progressif de la malade.

Opération. — L'opération fut faite le 6 juin 1888. Incision *transversale* de la paroi abdominale à travers le muscle droit, au niveau où l'on sentait la résistance. L'hémostase est parfaitement assurée. Après quelques recherches, on trouve la vésicule biliaire, grosse comme une noix seulement, sous le bord du foie. La vésicule, de même que le canal cystique, étaient, dans toute leur étendue, soudés à l'épiploon et à l'estomac, formant ainsi une tumeur peu limitée, située en grande partie sous le foie. Après la séparation des adhérences entre le fond de la vésicule biliaire et l'épiploon, ce dernier, qui forme une sorte de collerette autour du col de la vésicule, est suturé par quatre sutures au bord de la plaie, afin d'empêcher la vésicule biliaire de se perdre, et principalement pour empêcher la sortie de bile septique dans l'abdomen. — Ouverture de la vésicule biliaire; les parois sont épaissies ($1/2$ centimètre d'épaisseur) et indurées.

Il s'écoule de la cavité une petite quantité (20 cc. environ) de bile normale. La muqueuse saigne facilement, mais présente une consistance normale. Avec une pince à pansement et une cuiller non tranchante, on retire cinq calculs de cholestérine. Il fut impossible de pénétrer plus avant, et de faire le cathétérisme avec la pince à pansement, la lumière du canal cystique étant très étroite, et la *vésicule n'admettant même pas le petit doigt*.

Par cette voie, l'exploration du canal cholédoque était donc impossible; il ne restait plus qu'à rendre accessible le canal biliaire commun. *On sutura la vésicule* et on alla pour sa libération complète, ainsi que pour celle de ses canaux excréteurs, jusqu'au duodénum. Cette partie de l'opération fut assez difficile.

Toutefois, sans perdre trop de sang, on parvint à trouver dans le cholédoque, *au niveau de son embouchure dans l'intestin*, un calcul des dimensions d'une noix. En arrière de ce calcul principal, on sentait un grand nombre de concrétions moins volumineuses.

On essaya sans succès de *repousser* le calcul soit *dans l'intestin*, soit *en arrière*. On échoua également dans la *tentative d'écraser* le calcul avec une pince à pansement entourée de caoutchouc (procédé qui réussit une fois à Crédé). Pour triompher de l'obstacle, il ne restait donc plus qu'à inciser le canal cholédoque.

On saisit, en conséquence, le calcul principal avec deux *doigts*, et on incisa le cholédoque sur le calcul, dans une étendue de 1 cent. $\frac{3}{4}$, jusqu'à son embouchure dans l'intestin. Après que ce calcul fut retiré, il s'écoula 100 cc. de bile pure, avec 8 petites concrétions. Le calcul était allongé et mesurait 1 cent. $\frac{1}{2}$ à 2 centimètres dans son plus grand diamètre; et ceci expliquerait comment la bile parvenait encore dans l'intestin. En plus, à sa surface, se trouvaient trois facettes et autant de saillies. La forme du calcul ne permettait donc pas d'occlusion complète du cholédoque, et ceci expliquerait en partie les phénomènes cliniques.

Mais revenons à l'opération; en rapport avec la dilatation excessive du canal cholédoque, on trouva des parois très amin-

eies ; aussi cette circonstance, de même que la profondeur à laquelle se trouvait le canal, l'impossibilité de l'attirer au dehors, rendirent *la suture très difficile*. On peut dire que la *suture de l'incision* par laquelle il s'écoulait continuellement de la bile, fut le temps le plus difficile de l'opération.

Même après la suture, par application de huit sutures à la soie pure, l'occlusion n'était pas encore parfaite ; il s'écoulait toujours un peu de bile à travers les sutures, quand on comprimait le canal avec le doigt. Comme on pouvait s'attendre à une sortie de la bile à ce niveau, on mit un *drain double*, qui allait des points de suture à l'angle externe de la plaie abdominale, qu'on ferma ensuite. Mais, pour empêcher la bile de redescendre dans le petit bassin, et de s'y accumuler, en provoquant une éritonite par stagnation, on donna à la malade, une position particulière. Les pieds du lit furent mis sur deux colonnettes en bois, hautes de deux pieds, et on retira le traversin de la malade, en ne lui laissant qu'un oreiller de plumes. Il est évident que, dans cette position, la bile qui s'écoulerait serait obligée de prendre la voie des drains.

Suites opératoires. — Déjà pendant l'opération, l'état de la malade ne fut pas sans inspirer des inquiétudes ; le pouls était petit, et disparaissait complètement par moments ; une pâleur extrême des téguments, et les vomissements répétés, interrompirent l'opération à plusieurs reprises. Aussi les trois premiers jours après l'opération, l'état de la malade fut-il très inquiétant. Le pouls était petit, sans toutefois dépasser 100 ; la malade ne pouvait garder que de la glace, de petite quantité de lait glacé ; tout le reste était vomi. Par le drain, il s'écoulait une quantité considérable de bile ; les matières fécales étaient devenues argileu-

ses, l'urine était rare, concentrée, foncée. La plaie avait pourtant un aspect excellent, sans trace de suppuration.

Au cinquième jour, l'état devint meilleur ; les vomissements cessèrent ; le pansement ne fut que faiblement coloré en vert ; les matières fécales reprirent une coloration normale.

Au septième jour, l'état devint franchement bon ; il y avait encore un peu de faiblesse générale. Le pansement était sec ; la plaie, guérie par première intention, jusqu'à la place occupée par le drain. Pouls à 86, vigoureux. La température ne dépassa jamais 37,6, et les premiers jours se maintint constamment autour de 36,7.

Au neuvième jour, on put retirer le drain, et la plaie se cicatriza en quatre jours.

Le 28 juin, par conséquent, trois semaines après l'opération, la malade quitta l'hôpital, guérie, et dans un état de santé des plus satisfaisants.

OBSERVATION 30.

Schwartz. Coliques hépatiques depuis 18 ans avec des crises d'ictère. Accès de fièvre avec frisson à plusieurs reprises. Sub-ictère. Selles colorées. Urines un peu acajou. Etat cachectique assez avancé. Foie sensible et hyperthrophié. Absence de vésicule biliaire. Angiocholite infectieuse. Cholédochotomie, drainage. Guérison. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*. Tome XXIV, v. 31, 14 juin 1898, p. 646 (Relation inédite) (Résumée).

Le nommé C..., tailleur de pierre, âgé de 54 ans, est rentré le 18 avril à Cochín, service de M. Schwartz.

Il souffrait depuis l'âge de 36 ans de coliques hépatiques classiques. Depuis 4 ans crises d'ictère intermittente. Il y a 4 ans 1/2 premiers accès de *fièvres intermittente hépatique* durant 15 jours.

8 mois plus tard et 13 mois plus tard, 2^e et 3^e accès avec petit frisson.

Depuis 4 ans, accès tous les mois; depuis 3 mois, tous les 15 jours, puis tous les 8 jours; dernier accès le 2 mai 1898; température axillaire 40°,5. *Subictère* examiné par notre collègue le Dr. Chauffard, qui constate, après des injections de bleu de méthylène, des colorations intermittentes des urines avec décharge de pigment biliaire, au palper le foie est sensible et descend à l'ombilic.

Nous posons le diagnostic d'angiocholite infectieuse avec lithiase biliaire, sans obstruction complète, le malade ne présentant qu'une teinte subictérique, et ayant des *selles colorées*, mais les urines *un peu acaïou*. Etat *cachectique un peu avancé*.

Opéré le 7 mai 1898. Laparotomie latérale. Foie tacheté d'une *multitude de points jaunâtres*, présentant l'aspect marbré et dépassant de 3 travers de doigt les fausses côtes.

Absence totale de *vésicule*; celle-ci est réduite à un bourgeon gros comme un pois. Exploration du cholédoque et des voies biliaires. Gros calcul le remplissant et se prolongeant à gauche. *Taille*. Lithotritie. Ablation par fragments jusque derrière le duodénum et refoulement de haut en bas dans le canal hépatique gauche. *Aucune suture*. *Drain* dans le bout central du cholédoque. *Quatre mèches de gaze autour*. Fermeture incomplète laissant passer drains et mèches.

La bile coule pendant 3 semaines, en grande abondance : matières colorées, urine normale. L'écoulement cesse dès que la malade se lève. Plus une goutte de bile depuis 10 jours. Etat général excellent.

N.-B. Nous avons eu la bonne chance de voir et de causer avec ce malade, le vingtième jour de son opération, jour de

sa première selle colorée, il ne présentait la moindre trace d'ictère, mangeait très bien et quittant son lit pour la première fois, il pensait aller faire bientôt une cure à Vichy.

OBSERVATION 31.

Chenieux. Coliques hépatiques à répétition depuis 6 mois. Ictère persistant. Fièvre. Selles décolorées. Amaigrissement. Palpation du foie douloureuse. Calcul du cholédoque. Cholécotomie avec sutures et drainage. Hémorrhagie post-opératoire. Guérison : *Le Limousin Médical*, 22^e année, n^o 6, juin 1898, p. 82, 83 et 84.

Mme X..., 43 ans, est atteinte, depuis six mois, d'une jaunisse survenue à la suite de coliques hépatiques, et qui a persisté malgré tous les traitements.

Il est plus exact de dire que depuis six mois les coliques hépatiques se sont renouvelées fréquemment, tous les quatre ou cinq jours, toutes les semaines; de là des *variations dans l'intensité de l'ictère* qui s'atténuait dans l'intervalle des crises pour réapparaître plus marqué après chacune d'elles. Chaque poussée d'ictère était précédée ou accompagnée d'une *réaction fébrile*, d'un malaise plus grand, de vomissements, de dégoût des aliments. L'appétit n'était pourtant pas nul, mais les digestions étaient mauvaises, et la constipation habituelle, et les selles *le plus souvent* décolorées et caractéristiques de l'obstruction des voies biliaires. L'*amaigrissement très prononcé* s'accroissait chaque jour. Le faciès dénotait la souffrance et l'épuisement. Le foie était petit. La palpation ne révélait *qu'une* douleur assez vive vers le creux épigastrique. On ne trouvait ni bosselures, ni empâtement.

Le diagnostic paraissait nettement déduit des symptômes et surtout des antécédents, car, disons-le tout de suite, cette malade avait, à une période antérieure à celle dont nous parlons, rendu des calculs qu'elle m'a montrés, et souffert de coliques hépatiques pour lesquelles elle avait fait une saison à Vichy. Aussi n'hésitai-je pas un instant à croire à *l'existence d'une obstruction du cholédoque par un ou plusieurs calculs*, à la possibilité de leur présence dans la vésicule et dans le canal cystique.

J'avais vu déjà la malade une fois ; je lui avais, sur ce diagnostic, donné un traitement qui avait favorisé un peu la digestion sans rétablir le cours de la bile. Deux mois s'étaient écoulés depuis ma première consultation. L'état général s'aggravait, il n'y avait pas à hésiter ; je proposai une intervention chirurgicale dont j'avais fait entrevoir la nécessité probable. J'avais affaire à une malade très énergique, ma proposition fut acceptée et l'opération pratiquée le 8 mars avec l'aide de MM. J. Lemaistre, Delotte et mon chef de clinique, M. Vincent.

Opération. — Incision médiane menée du creux épigastrique à moitié chemin de l'ombilic ; section du grand épiploon et abaissement du côlon ; recherche de la vésicule trouvée pâle et *ratatinée*, sans calcul ; section de l'épiploon gastro-hépatique. A ce moment mon collègue Lemaistre en plongeant l'index rencontre un corps dur. C'est le calcul cherché, à n'en pas douter. En nous guidant sur la région du pylore et sur la deuxième portion du duodénum que nous avons sous les yeux nous avons la certitude que le corps du délit occupe le cholédoque, à son embouchure dans le duodénum. Pendant que le calcul est fixé, j'essaie d'inciser la paroi antérieure du cholédoque ; mais l'ouverture d'une artériole inonde de sang la plaie et nous met dans l'embarras.

Je finis par la saisir ; alors pour être plus sûr de moi et maître de mes mouvements, j'introduis l'index gauche au-dessous du cholédoque et je le soulève le plus possible et fixant le calcul moi-même, ce qui me permet cettefois, *après une incision franche*, de l'extraire sans difficulté. Je saisis, à l'aide de pinces languettes, chaque lèvre de la plaie ainsi faite, j'introduis une sonde du côté du duodénum. La circulation est libre ; j'explore de même la portion externe du cholédoque, même résultat. La bile s'écoule assez abondante et *très fluide*. Je fais protéger par de petites compresses éponges, la cavité péritonéale et je procède à la suture à trois étages des parois du cholédoque. Je m'assure que la suture tient bien. Malgré tout, et contrairement à mes habitudes antidrainagistes, je mets *deux mèches de gaze iodoformée* que j'applique contre la suture et que je fixe extérieurement.

Je viens de la revoir avec une mine superbe, l'œil vif, en bonne forme et dans un état parfait.

La suture se fit sans difficulté sérieuse : cependant les parois du canal étaient fort minces ; le troisième plan de sutures comprenait la séreuse dépendant de l'épiploon gastro-hépatique.

Le calcul mesure deux centimètres et demi de longueur, cinquante-trois millimètres de circonférence. Sa forme est oblongue : il est un peu courbé selon son grand axe, et uniformément arrondi dans son petit diamètre. Au moment de son extraction il était un peu plus volumineux, la dessiccation l'a quelque peu réduit. Sa consistance est assez ferme.

Suites opératoires. — Dès le premier jour et après l'opération, les vomissements furent fréquents et abondants et composés d'une énorme quantité de bile ; cela dura trois jours, au cours

desquels la malade n'absorba que de faibles quantités d'eau de Vichy et un peu de champagne.

Peu ou pas de sensibilité du ventre, sauf au voisinage immédiat de la plaie ; pas de gonflement ; état très satisfaisant, à part la fatigue occasionnée par les vomissements. Mais le deuxième jour un incident survint en mon absence qui faillit tout compromettre : *une hémorrhagie en nappe venant des lèvres de la plaie cutanée*. Quand je revis la malade, une heure après l'avoir quittée, le 9 au soir, je la trouvai si affaiblie que je crus qu'elle allait mourir dans la nuit. J'arrêtai facilement l'hémorrhagie ; je fis pratiquer une injection de sérum artificiel. Le lendemain tout allait mieux ; le pouls était remonté, je fis continuer les injections de sérum. Le quatrième jour tout danger avait disparu. Je retirai ce jour même les deux mèches de gaze et ne constatait rien d'anormal ; je pensai à plat. Le sixième jour il se fit par la plaie un écoulement de bile assez peu abondant et qui persista une dizaine de jours. L'appétit était revenu ; l'ictère s'effaçait de jour en jour ; les urines et les selles devenaient normales. Le 29 mars, c'est-à-dire le vingt-unième jour après l'opération, la malade quittait la maison de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD ET CASTAIGNE. — L'épreuve de la glycosurie alimentaire et ses causes d'erreurs. Arch. gén. de méd., janvier 1898.
Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1894-95-96-97-98.
- BARD ET PIC. — Cancer primitif du pancréas. Revue de méd., avril, mai, 1888.
- CASTAIGNE J. — Diagnostic de la perméabilité rénale par le procédé du bleu du méthylène. La Gazette des Hôpitaux, n° 66, 11 juin 1898.
Compte-rendu des Congrès des chirurgiens allemands de 1891-93-98.
- COURVOISIER. — Casuistisch-statistische Beiträge zur pathologie und chirurgie der Gallenwege. Leipzig, 1890.
Zur Diagnostik der Gallenblasen Krankheiten. Correspondenzblatt für schw. Aerzte, 15 novembre 1893.
- CREDÉ. — Zur Chirurgie der Gallenstein-Krankheiten. Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 1889, t. XVIII, p. 232-240.
- CRUVEILHIER J. — Traité d'anat. path., 1852.
- CHAUFFARD. — Traité de thérapeutique appliquée. Fascicule XIII, 1898.
La perméabilité rénale au cours des ictères infectieux.
La Presse méd., n° 3, 8 janvier 1898, p. 13.

- CHAUFFARD ET CAVASSE. — Contribution à l'étude de la perméabilité rénale chez les hépatiques. La Presse méd., n° 22, 12 mars 1898, p. 129.
- DENUCÉ. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.
- DUPRÉ (E.). — Manuel de méd. Debove et Achard, t. VI.
- DUTIL. — Gaz. méd., 1888.
- DIEULAFOY. — Ictère catharrhal prolongé. Semaine médicale, 1888.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, 1893, tome VI, p. 1897-1100.
- FRANK. — Cholédochotomie, dixième observation. Soc. impéριο-royale méd. de Vienne. Séance du 20 novembre 1891. In Mercredi méd., 25 novembre 1891, n° 47, p. 596.
- FOURNIER. — Origine microbienne de la lithiase biliaire. Thèse de Paris, 1895-1896.
- GILBERT A. ET FOURNIER. — Pathogénie de la lithiase biliaire (historique et étude critique). La Presse méd., n° 41-43, mai 1898.
- GAUGET. — Influence des affections du foie sur l'état des reins. Thèse de Paris, 1894-1895.
- H. HARTMANN. — Pathogénie de la lithiase. La Presse méd. n° 49, 2 mars 1898.
- HANOT. — La bile incolore, acholie pigmentaire. Semaine médicale, 1895, p. 197-199.
- HANOT. — La vésicule biliaire dans l'obstruction du canal cholédoque. Bull. méd., p. 647.
- JABOULAY. — Chirurgie des voies biliaires. Lyon Médical, 1894.
- JOURDAN. — Thèse de Paris, 1894-1895.
- KEHR. — Ein Rückblick auf, 209 Gallenstein laparotomien mit besonderer Berücksichtigung gewisser, anelerweitig selten beobachteter Schwierigkeitenbei, 30,

- Choledochotomieen, Arch. f. Klin. Chir., 1896, Bd. LIII, p. 362.
- KEHR. — Munchen. Medic., Wochensch., 1897, n° 41, p. 427.
- KÜMMEL. — Zur. chirurgie des Gallenblase. Deutsche med. Wochsch., 1890, n° 12, p. 237.
- KÜMMEL. — Deutsch. med. Wochens., 1897, n° 35, 36, 37.
- KÜSTER. — Ein Fall von Cholédocotomie. Centralblatt für Chirurgie, 1891, n° 2, p. 122.
- LAWSON-TAIT. — The surgery of the liver, Edinb. med. Journal, 1889. p. 305 et 401.
- LEPETIT. — De la choledocotomie. Thèse de Paris, 1893-1894.
- LEJARS. — Contribution à l'étude de la cholécystotomie et de la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire. Revue de chirurgie, 1896.
- LEJARS. — Le lavage du sang, 1897.
- LEJARS. — Des indications de l'intervention chirurgicale dans les ictères chroniques. Gaz. des hôpitaux, n° 6, samedi 15 janvier 1898, p. 45 à 52.
- LÉTIENNE. — De la bile à l'état pathologique. Thèse de Paris, 1891.
- MAGNIN. — Des accidents de la lithiase biliaire, 1898.
- MIGNOT. — Recherches expérimentales anatomiques dans les cholécystites. Thèse de Paris, 1896.
- MERMANN. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. D'après la Semaine médicale, n° 45, 4 septembre 1895, p. 394.
- MAYO-ROBSON. — On Gall-Stones, 1892.
- In Allbut's system of med., tome IV. 1897.
- NAUNYN. — Die Gallensteinkrankheiten. Congrès de Wiesbaden, 1891. Klinik der cholelithiasis, Leipzig, 1892.
- NETTER ET MARTHA. — Arch. de physiologie, juillet 1896.
- OSLER. — On the symptoms of chronic obstruction of du com-

- mun bile duct by gallstones. *Annales of Surgery*, Masch. 1890, p. 161.
- PÉRIER. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. *Congrès français de chirurgie*, 1891. p. 537.
- PICQUÉ. — Des indications générales dans la lithiase. *Revue gén. de Clin. et de thérap.*, 11 mars 1891, et N° 10.
- PAULIDÈS. — Thèse de Lyon, 1898.
- QUÉNU. — Étude de la chirurgie du cholédoque par la laparotomie exploratrice. Communication à la Société de chirurgie, 1895 et *Progrès Médical*, 4 et 11 mai 1895.
- RENDU. — Des ictères chroniques. *Semaine médicale*, 11 février, 1893.
- RENDU. — Leçons cliniques au Necker, 1898.
- RECLUS. — Des avantages de l'entérostomie biliaire dans le cancer de la tête du pancréas avec obstruction du canal cholédoque. *Sem. méd.* 20 déc., 1893, n° 72, p. 524.
- RECLUS ET FORGUE. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*. Paris. Tome. II, 1898.
- RHEINSTEN. — Diagnostic des affections des voies biliaires. *Soc. Méd. de Berlin*, 21 oct. 1891. *Méd. mod.*, 1891, p. 759.
- RIEDEL. — Sur la lithiase biliaire. *Semaine méd.* 11 août, 1891, n° 19.
- ROCHET. — Des opérations qui se pratiquent sur la vésicule biliaire et de leurs indications. *Prov. méd.*, 22 novembre, 1890, n° 74, p. 559.
- Réunion libre des chirurgiens Allemands*, Berlin. Intervention sur le cholédoque. D'après la *Gazette Hebdomadaire*, 17 février, 1898, n° 14.
- ROUX ET MICHNIKOF. — Leçons de bactériologie à l'Institut Pasteur, 1897.
- STAMORE BISHOP. — *Méd. Chronicle*, avril, 1897, p. 27.

- SAINTON. — Chirurgie de la vésicule biliaire. Gazette des hôpitaux, 24 janvier 1891, n° 11.
- SURMONT. — Toxicité des urines dans les maladies du foie. Arch. gén. de méd., 1892.
- STRAUS. — Des ictères chroniques. Th. agrég., 1878.
- TERRIER. — Opérations pratiquées sur les voies biliaires. Congrès français de chirurgie, 6^e session, 1892.
- TERRIER. — La cholécotomie. Revue de chirurgie, 1892. Bull. de l'Acad. de méd., t. XXXI, p. 221.
- THIRIAR. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. Annales de la Soc. belge de chir., 1894, t. II, p. 119.
- TUFFIER. — Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystotomie. Gazette hebdomadaire de méd., 1896, p. 289.
- VAUTRIN. — De l'obstruction calculieuse du cholédoque. Revue de chirurgie 1896.
- WILLIAM WHITE. — M. D. and Alfred C. Wood; M. D. Remarks on the occurrence of Gall-Stones, with cases. University medical Magazine. Vol. X, n° 9, June, 1898, p. 517.

Vu par le président de la thèse

PAUL BERGER

Vu par le doyen

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

